



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Yhteispäivystyksen triagehoitajan pätöksenteon toimintamallin ja potilasturvallisuuden kehittämistyö

Törnroos Sanna

2016 Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Lohja

Yhteispäivystyksen triagehoitajan päätöksenteon toimintamallin ja potilasturvallisuuden kehittämistyö

Sanna Törnroos
Tulevaisuuden tietojohdaminen
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2016

Sanna Törnroos

Yhteispäivystyksen triagehoitajan päätöksenteon toimintamallin ja potilasturvallisuuden kehittämistyö

Vuosi

2016

Sivumäärä

63

Terveysthuollon päivystyksiä ollaan keskittämässä yhteispäivystyksiksi. Potilas määrät kasvavat ja potilasturvallisuuden merkitys kasvaa. Triagehoitaja on ensiarvoisen tärkeässä asemassa potilaita vastaanottaessaan ja tehdessään hoidon tarpeen kiireellisyyden arviota. Huolellisella ja laadukkaalla hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan kohottaa potilasturvallisuutta merkittävästi.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli yhdenmukaistaa triagehoitajien toimintaa ja kohottaa potilasturvallisuutta päivystyspoliklinikalla. Tavoitteena oli tarkastella päivystyksen triagehoitajan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin vaikutusta potilasturvallisuuteen. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista. Juurruttamalla uusi tuotettu toimintatapa juurrutetaan toimintaympäristöön samanaikaisesti sen tuottamisen kanssa. Juurruttamisessa käytetään tukena tutkittua- ja teoreettista tietoa sekä toiminnassa olevaa hiljaista tietoa.

Nykytilaa kartoitettiin kyselylomakkeella sekä ryhmähaastattelulla. Kehittämistyöstä on käyty keskustelua työyhteisön sekä apulaisosastonhoitajan kanssa. Kehittämiskohteeksi valikoituivat päivystyspotilaan tulotekstin ja ABCDE -luokituksen kirjaaminen.

Päivystyspoliklinikalla on käytössä ABCDE -menetelmä, jota tuetaan päivystyspoliklinikan omilla triage -ohjeilla. Triagehoitajan kirjaaminen on vähäistä, suullisen raportoinnin vuoksi. Tarkoituksena oli kohottaa potilasturvallisuutta ABCDE kiireellisyydenluokituksen käytön systematisoinnilla sekä kuvailevalla kirjaamisella. Kehittämistyön avulla päivystyspoliklinikalle luotiin toimintamalli potilaan hoidon tarpeen systemaattiseen määrittämiseen ja kiireellisyyden arvioimiseen, jota triagehoitajat voivat käyttää potilaan tulotilanteessa potilasturvallisuutta edistääkseen.

Triagehoitaja kirjaa hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin jälkeen tulotekstin sekä määrittelee potilaan kiireellisyyden ABCDE kiireellisyydenluokitusta apuna käyttäen. Tämä uusi toimintamalli vähentää suullisen raportoinnin tarvetta, jota kuitenkin tulee käyttää sitä vaativissa tilanteissa. Uusi toimintamalli palvelee kaikkia päivystyspoliklinikalla työskenteleviä sekä jatkohoitoon osallistuvia.

Kirjaamista juurrutetaan työyhteisöön. Uusi toimintatapa on jo osittain juurtunut käytäntöön. Uudella toimintamallin käyttöönotto on täysin mahdollinen ja ajankohtainen. Kehittämistyön tekijä vie uutta toimintamallia aktiivisesti käytäntöön. Nykytilan kuvauksessa esille nousseet kehittämiskohteet voivat olla pohjana seuraaville kehittämistöille.

Asiasanat

Triage, hoidon tarpeen arviointi, päätöksenteko, potilasturvallisuus

Sanna Törnroos

The development of a joint emergency care triage nurse's decision making strategy and patient safety

Year 2016

Pages

63

Medical emergency care is being centralized into joint emergency care. Patient volumes are increasing and the importance of patient safety is growing. A triage nurse has a vitally important role in receiving patients and in assessing the urgency of treatment. With careful and high-quality treatment, need assessment can be used to enhance patient safety significantly.

This development work was intended to harmonize triage nurses' activity and raise patient safety in the emergency clinic. The aim was to examine the impact of an emergency clinic triage nurse's assessment of the urgency of treatment on patient safety. Embedding was used as a method in the development activity. A new approach is embedded into the operational environment at the same time as it is produced. Studied and theoretical knowledge as well as tacit knowledge are used to support the embedding.

The current state was charted with a questionnaire and group interviews. The development work has been discussed with the work community as well as the assistant nurse in charge. The recording of an emergency patient's input text and the ABCDE classification were selected as the development targets.

The emergency department is using the ABCDE method, which is supported by the emergency department's own triage guidelines. A triage nurse's recording is low due to oral reporting. The aim was to increase patient safety with the systematic use of the ABCDE urgency classification and descriptive registration. With the development plan, an approach was created for the emergency department for systematically identifying and assessing the urgency of patient care, which triage nurses can use on patients' arrival in order to promote patient safety.

After assessing the urgency of treatment, the triage nurse records the input text and determines the patient's urgency by using the ABCDE urgency classification. This new approach reduces the need for oral reporting, which, however, is to be used in situations that require it. The new operating model will serve everyone working in the emergency clinic and participating in the follow-up treatment.

Recording is being embedded in the work community. The new approach is already partially rooted in practice. The introduction of the new operating model is completely feasible and current. The development worker will implement the new approach actively in practice. The areas for development that arose from the current status description may be the basis for future development works.

Keywords: Triage, assessment of care needs, decision making, patient safety

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Päivystyspoliklinikan kehittämisympäristö	7
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta	10
3.1	Päivystys ja yhteispäivystys	10
3.2	Päivystystoimintaa ohjaavat lait	11
3.3	Hoidon tarpeen arviointi päivystyksessä	12
3.4	Potilasturvallisuus ja siihen vaikuttavat tekijät	15
3.5	Hoitotyön päätöksenteko	17
3.6	Hoitotyön kirjaaminen	19
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	21
4.1	Juurruttaminen	21
4.2	Kysely ja haastattelu tiedonkeruumenetelmänä	24
4.3	Muutos kehittämistoiminnassa	25
5	Kehittämistoiminnan toteutus	26
5.1	Kehittämistyön nykytilanteen kuvaus	26
5.1.1	Triagehoitajan toimintaympäristö ja päätöksenteko	26
5.1.2	Potilasturvallisuuden toteutuminen päivystyspoliklinikalla	29
5.2	Yhteenveto kehittämistyön tietoperustasta	39
5.3	Uuden toimintavan rakentaminen	41
6	Triagehoitajan toimintatapa ja sen juurruttaminen	41
7	Kehittämistoiminnan arviointi ja vaikuttavuus	47
7.1	Uuden toimintatavan arviointi	47
7.2	Eettisyys kehittämistoiminnassa	50
7.3	Kehittämistyön arviointi	51
	Lähteet	53
	Liitteet	59

1 Johdanto

Päivystyspalvelut ovat keskeisessä osassa julkisessa terveydenhuollossa. Kiireellinen hoito kuuluu välttämättömään huolenpitoon, jota on perustuslaissa määritelty. Kiireellinen hoito on turvattava korkealaatuisena kaikille Suomessa asuville. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014 2 §.) Potilailla on oikeus odottaa saavansa mahdollisimman laadukkaita ja oikea-aikaisia päivystyspalveluja niitä tarvitessaan. Yhteiskunnassa päivystys on turvaverkko ja terveydenhuoltojärjestelmän palvelukulttuurin keskus. Sen kautta ohjataan koko palvelujärjestelmän toimintaa. Päivystyksen perustehtävän, henkeä ja terveyttä äkillisesti uhkaavan vaaran torjumisen keskuksessa, ovat samaan aikaan läsnä huippuosaaminen, hyvä prosessinhallinta ja korkea ammattietiikka. Päivystyksessä tehdään tärkeitä päätöksiä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Päivystyspoliklinikalle potilaat tulevat epätasaisena virtana. Joidenkin ongelmat vaativat nopeaa hoitoa. Hoitotyö päivystyspoliklinikalla on yleensä lyhytaikaista ja vaatii nopeita päätöksiä (Muntlin ym, 2006, 15). Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan hoitotyössä korostuu äkillisesti sairastuneiden ja loukkaantuneiden potilaiden hoitotyö (Lankinen ym. 2006, 94).

Hoitoon pääsyn kriteereitä ovat kiireettömän ja kiireellisen hoitoon pääsyn kriteerit. Kiireelliseen hoitoon potilaan tulee päästä välittömästi, sen mukaan kuin hänen sairautensa tai vammansa vaativat. (Valvira 2011.) Hoidon tarpeen arvioinnin ja dokumentoinnin on tapahduttava hoitotakuulainsäädännön mukaisesti (Syväoja ym. 2009, 17).

Triage -sana on ranskaa. Se tarkoittaa lajittelua, järjestämistä, erottelua ja valikoimista. Triage merkitsee käytännössä potilasryhmittelyä. Se otettiin käyttöön monipotilastilanteissa, kuten esimerkiksi sodissa ja suuronnettomuuksissa. Triagea käytettiin muun muassa ensimmäisessä maailmansodassa. Sotauhrit voitiin jaotella vammojen ja fyysisen tilan mukaan niihin, jotka pitää hoitaa ensin ja jotka voisivat odottaa. Monipotilastilanteissa käytettiin erilaisia värikoodeja. Triagella ei määritellä diagnoosia, vaan määritellään hoidon tarpeen kiireellisyys. Hoitajan arvioidessa potilaan hoidon kiireellisyysluokkaa, voi hän samalla haastatella potilasta kartoittaakseen taustatieto-ja, jotka auttavat päätöksentekoa. (Andersson, Omberg & Svedlund 2006, 136.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) määrittää, että potilasasiakirjoihin on kirjattava potilaan hoidon järjestämisen, toteuttamisen, suunnittelun ja seurannan turvaamiseksi tarvittavat tiedot. Merkinnöistä on käytävä ilmi taudinmääritys, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785).

Tämän kehittämissuunnitelman tarkoituksena oli yhdenmukaistaa Triagehoitajan toimintaa ja kohottaa potilasturvallisuutta päivystyspoliklinikalla. Tavoitteena oli systematisoida triagehoitajan potilaan hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arviointia sekä kirjaamista että lisätä potilasturvallisuutta. Menetelmäksi valikoitui juurruttaminen.

Juurruttamisessa ihminen toimii aktiivisena ja oppivana toimijana. Juurruttamisessa mukana olevat työyhteisön jäsenet sekä opiskelijat pyrkivät ymmärtämään uudella tavalla yhteisön työtapoja ja prosesseja perusteluineen pystyäkseen vaikuttamaan niihin. Juurruttamisen peruspilareita ovat muutosprosessi, johtajuus ja vuorovaikutus. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012.)

2 Päivystyspoliklinikan kehittämisympäristö

Sairaanhoitopiiri on 24 kunnan muodostama kuntayhtymä, johon kehittämistyön kohteena oleva sairaala kuuluu. Sairaalan päivystyspoliklinikka tarjoaa erikoissairaanhoidon tason palveluita äkillisesti sairastuneille, kiireellistä apua tarvitseville potilaille. Hoitoon päivystyspoliklinikalle pääsee päivystysläheteellä tai hätätapauksessa ilman lähetettä. Potilaat tulevat ambulanssilla tai omalla kyydillä. Sairaalan päivystyspoliklinikka on ainoa päivystys toimipiste alueella yöaikaan, klo 22-8. (Kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyspoliklinikan omat tiedostot 2015.)

Päivystyspoliklinikalla työskentelee lääkäreinä sisätauti- ja kirurgianpäivystäjät sekä tarvittaessa takapäivystäjät. Lisäksi sairaalassa päivystävät gynekologi ja pediatri. Hoitohenkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia ja potilaskuljettajia. Hoitajat työskentelevät kolmessa vuorossa. Vuorossa on yleensä useampi lääkeluvallinen sairaanhoitaja, jos mahdollista. (Kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyspoliklinikan omat tiedostot 2015.)

Sairaalan erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuspäivystykseen potilaat saapuvat samasta ovesta yhteispäivystykseen. Ambulanssipotilaat tuodaan myös samasta ovesta. Yhteispäivystykseen ilmoittaudutaan vuoronumeroilla. Triagehoitaja tekee hoidon tarpeen arviointia ja ohjaa potilaan oikeaan hoitopaikkaan. (Kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyspoliklinikan omat tiedostot 2015.)

Potilas asioi triagehoitajan kanssa luukulla. Tarvittaessa triagehoitaja käy tarkastamassa potilaan tilan kanslian ulkopuolella. Käytössä on ABCDE -järjestelmä. Hoitaja havainnoi potilaan tilaa. Triagehoitaja tekee primaaristatuksen; A-hengitystiet, B-hengitys, C-verenkierto ja D-neurologinen tila (HUS päivystyshanke 2008). Jos poikkeamia huomataan potilaan primaaristatuksessa, niin akuutinhoidon tarve on ilmeinen. Nopean haastattelun perusteella hoitaja tekee tarpeellisia mittauksia. Triagehoitaja voi tarvittaessa mitata verenpaineen, laskea hengi-

tystaajuuden, tai ottaa sydänfilmin sekä konsultoida päivystävää lääkäriä. Hoitaja kysyy myös potilaan kivuista. Tämän jälkeen triagehoitaja tekee päätöksen potilaan oirekuvan mukaan hoidon tarpeesta ja arvioi triage luokan. Tämän jälkeen potilas ohjataan perusterveydenhuollon piiriin tai kirjataan potilaaksi erikoissairaanhoidon päivystykseen. Jos potilas ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa, niin hänelle annetaan kotihoito-ohjeet. Triagehoitajan toimenkuvaan kuuluu myös ohjata potilasliikennettä ja -paikkoja päivystyspoliklinikalla. Hän antaa myös raportin hoitoa jatkavalle hoitajalle tai tiimille. Triagehoitaja ei jatka potilaan varsinaista hoitoa. Epäselvissä tilanteissa triagehoitaja konsultoi lääkäriä. (Kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyspoliklinikan omat tiedostot 2015.)

Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia tehdään suppealla ohjeistuksella. Ambulanssilla ja omalla kyydillä tuleville potilaille on olemassa omat ohjeistukset. Puhelinohjeistusta ei ole esitetty.

Hoidon aloitus on ohjeistettu seuraavasti:

A-kiireellisyysluokan potilaat ohjataan suoraan erikoissairaanhoidon päivystykseen ja aloitetaan välitön lääkärin hoito

B-kiireellisyysluokan potilaat ohjataan suoraan erikoissairaanhoidon päivystykseen ja arvio tehdään tunnin sisällä

C- ja D-kiireellisyysluokan potilaat ohjataan virka-aikana omalle terveysasemalle, iltaisin ja viikonloppuisin yle-päivystykseen

E-kiireellisyysluokan potilaat ohjataan omalle terveysasemalle
(Aluehallintovirasto 2013)

Hoitajien työtilat ovat kanslioissa, jossa jokaiselle löytyy oma tietokone. Potilaskuljettaja odottaa myös työtehtäviään kansliassa. Lääkärit työskentelevät myös samoissa tiloissa.

Triagehoitaja istuu kyseisessä kansliassa sihteerin kanssa vierekkäin. Osastonhoitajan huone on myös samassa kerroksessa, joten esimies on lähellä. Röntgen sijaitsee päivystyspoliklinikan vieressä. Kuvauksia tehdään joka päivä klo 22 saakka ja kiireellisissä tapauksissa ympärivuorokauden voidaan kutsua päivystävä röntgenhoitaja. Laboratorio sijaitsee sairaalan pääsisäänkäynnin läheisyydessä. Tutkimuksia saadaan ympärivuorokauden. (Kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyspoliklinikan omat tiedostot 2015.)

Tämän kehittämissuunnitelman tarkoituksena oli yhdenmukaistaa Triagehoitajan toimintaa ja kohottaa potilasturvallisuutta päivystyspoliklinikalla. Tavoitteena oli systematisoida triagehoitajan potilaan hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arviointia sekä kirjaamista että lisätä potilasturvallisuutta. Kehittämistoiminnan enetelmäksi valikoitui juurruttaminen.

Päivystyspalvelut ovat keskeisessä osassa julkisessa terveydenhuollossa. Kiireellinen hoito kuuluu välttämättömään huolenpitoon, jota on perustuslaissa määritelty. Kiireellinen hoito on turvattava korkealaatuisena kaikille Suomessa asuville. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014 2 §.) Potilailla on oikeus odottaa saavansa mahdollisimman laadukkaita ja oikea-aikaisia päivystyspalveluja niitä tarvitessaan. Yhteiskunnassa päivystys on turvaverkko ja terveydenhuoltojärjestelmän palvelukulttuurin keskus. Sen kautta ohjataan koko palvelujärjestelmän toimintaa. Päivystyksen perustehtävän, henkeä ja terveyttä äkillisesti uhkaavan vaaran torjumisen keskuksessa, ovat samaan aikaan läsnä huippuosaaminen, hyvä prosessinhallinta ja korkea ammattietiikka. Päivystyksessä tehdään tärkeitä päätöksiä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Päivystystoiminnan järjestäminen on kallista ja se vie runsaasti resursseja. Päivystyksen keskittämiseen ovat johtaneet terveydenhuollon palvelujärjestelmän voimavarojen tarkoituksen mukainen käyttö, osaavan työvoiman saannin turvaaminen ja toiminnan hyvän laadun takaminen. Keskittäminen näkyy selvästi laajenevana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan yhteistyönä. (Koponen & Sillanpää 2005, 20; Pitkälä 2006, 41-42; Vaula & Kantonen 2008, 1856-1858.) Päivystystoiminnan keskittämisellä savutetaan etuja, mutta potilasmäärät kasvavat samalla. Työn organisointia ja uudenlaisia toimintamalleja on tärkeää kehittää, että toiminnasta saadaan sujuvaa ja riittävän laadukasta. (Pitkälä 2006, 41-42.) Päivystyspoliklinikan toimivuudella ja tehokkuudella voidaan vaikuttaa merkittävästi sairaansijatärpeeseen ja koko hoitoketjun kustannustehokkuuteen (Jokinen 2009).

Sairaalassa on siirrytty yhteispäivystykseen 1.1.2015. Tämän kehittämissuunnitelman tarkoituksena on tarkastella päivystyksen triagehoitajan hoidon tarpeen arviointia ja päätöksentekoa potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tavoitteena on yhdenmukaistaa triagehoitajien toimintaa ja kohottaa potilasturvallisuutta juurruttamista apuna käyttäen.

Kehittämissuunnitelman tekeminen käynnistyi suunnitelman tekemisellä. Kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyspoliklinikan siirtyessä yhteispäivystykseen, jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksen yhdistyivät, toimintatavat muuttuivat. Kehittämistyötä alettiin työstämään triagehoitajan päätöksenteon vaikutuksista potilasturvallisuuteen. Tietoa kerättiin kahdessa vaiheessa. Ensin päivystyksen hoitohenkilökunnalle jaettiin kyselylomakkeet, joilla kartoitettiin ympäristön soveltuvuutta ja toimivuutta päätöksentekoon. Toisessa vaiheessa hoitohenkilökuntaa haastateltiin päätöksenteon vaikutuksista potilasturvallisuuteen. Näiden tietojen perusteella pystyttiin kartoittamaan nykytila ja sen pohjalta tuottamaan uutta tietoa.

3 Kehittämistoiminnan tietoperusta

3.1 Päivystys ja yhteispäivystys

Päivystys on vuorokauden ajasta riippumatta tehtävää hätätapausten välitöntä hoitoa. Lisäksi se on ennakoimatonta vuodeosasto-, tarkkailu- tai tehohoitoa. Sillä tarkoitetaan myös ennakkoimatonta leikkaustoimintaa ja valtakunnallista erityisvastausiin liittyvää päivystysluontoista varallaoloa (Hus Sairaanhoidopiirin somaattisen päivystyksen kokonaissuunnitelma 2009-2012, 12). Pitkälän (2006) mukaan päivystys on myös varautumista palveluiden kiireelliseen ja satunnaiseen kysyntään.

Päivystyspoliklinikalle potilaat tulevat epätasaisena virtana. Joidenkin ongelmat vaativat nopeaa hoitoa. Hoitotyö päivystyspoliklinikalla on yleensä lyhytaikaista ja vaatii nopeita päätöksiä (Muntlin ym, 2006, 15). Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan hoitotyössä korostuu äkillisesti sairastuneiden ja loukkaantuneiden potilaiden hoitotyö (Lankinen ym. 2006, 94).

Päivystyspoliklinikalla hoidetaan neurologisia, traumatologisia, sisätautien sekä kirurgian potilaita. Päivystyspoliklinikalla voidaan hoitaa iho- ja syöpätauteja sairastavia potilaita, psykiatrisia potilaita, silmätauteja ja korva-, nenä- ja kurkkutauteja sairastavia potilaita sekä lapsipotilaita riippuen päivystyspoliklinikan valmiudesta (Sillanpää & Koponen 2005, 23-31). Kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyspoliklinikalla hoidetaan kaiken ikäisiä potilaita. Lasten poliklinikka ottaa vastaan lapsi potilaat virka-aikana ja päivystyspoliklinikka hoitaa lapsipotilaat muuna aikana. Hoitavana lääkärinä on usein lastenlääkäri, joka päivystää lastenosastolla. Psykiatriset potilaat arvioidaan päivystyksessä, mutta heidän hoitonsa jatkuu usein psykiatrisessa yksikössä. Silmätauteja ja korva-, nenä- ja kurkkutauteja sairastavat potilaat voidaan arvioida päivystyksessä, mutta erikoisosaaminen näiden tautien osalta päivystysaikana on toisessa sairaalassa. Virka-aikana sairaalassa on korva, nenä- ja kurkkutauteihin erikoistunut lääkäri, joka toimii kirurgian poliklinikan yhteydessä. Syöpätautien potilaiden yleistilalaskut hoidetaan sairaalan päivystyksessä. Muuten heidän hoitonsa tapahtuu muussa sairaalassa. Ihotaudit harvoin vaativat kiireellistä hoitoa, joten potilaat yleensä ohjataan omaan terveyskeskukseen. (Kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyspoliklinikan omat tiedostot 2015.)

Yleisimpiä sairauksia tai tapaturmia, joiden vuoksi potilaat tulevat tai heidät tuodaan päivystyspoliklinikalle hoitoon ovat sydänpysähdys, rintakipu, hengitysvaikeus, tajuttomuus, vatsakipu, päänsärky, yleistilan lasku, kaatuminen, liikenne onnettomuudessa loukkaantuminen, puristuksiin jääminen, korkealta putoaminen, hukkuminen, pahoinpitely, lääkkeiden tai alkoholin yliannos (Koponen & Sillanpää 2005, 23-31).

Yhteispäivystys on yleistynyt tapa järjestää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystystoimintaa, virka-ajalla ja etenkin sen ulkopuolella. Yhteispäivystyksessä toimivat terveyskeskuspäivystys ja erikoissairaanhoidon sairaalapäivystys. Ne toimivat usein miten rinnakkain samoissa tiloissa. Tämä mahdollistaa tiiviimmän yhteistyön ja saumattomamman hoidon. (Pitkälä 2006, 4.) Perusterveydenhuollon vaikeus saada lääkäri työvoimaa ja lääkäreiden haluttomuus päivystää on lisännyt tarvetta tämän tyylliseen päivystisyhteistyön kehittämiseen. Päivystisyhteistyöllä pystytään vähentämään kustannuksia, karsimaan mahdolliset päällekkäisyydet ja tekemään yhteistyötä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Yhteispäivystyksen tavoitteena on myös odotusaikojen lyhentäminen, potilasturvallisuuden lisääminen ja eri erikoisalojen hyödyntäminen. (Pitkälä 2006, 41.) Suomalaisiin oloihin yhteispäivystystä pidetään sopivana ja toimivana ratkaisuna. Yhteispäivystyksen tavoitteena on kohdentaa terveydenhuollon voimavaroja tarkoituksen mukaiseen käyttöön. (Voipio-Pulkki 2005, 20.)

Yhteispäivystys on madaltanut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä raja-aitaa. Yhteispäivystyksessä on koottu yhteen eri palveluntarjoajat. Tällä pyritään joustavaan ja saumattomaan yhteistyöhön. Potilaan hoitopolku alkaa usein päivystyksestä, joten sillä on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä. Potilaan hoitopolun organisoinnilla on merkitystä hoitopolun vaiheiden sekä onnistumisen ja kustannusten kannalta. (Blomgren, Erhola, Kokko, Milen, Pekurinen, Pitkänen & Reissel 2012, 18-19.)

Organisaation näkökulmasta yhteispäivystys tarkoittaa sitä, että eri alojen ammattilaiset ovat käytössä, kuten erikoislääkärit, yleislääkärit, sairaanhoitajat ja erityistyöntekijät jne. Yhteispäivystys sijaitsee sairaalan yhteydessä ja on ympärivuorokautista toimintaa, jossa on käytettävissä laboratorio- ja röntgenpalvelut. Potilasohjauksesta sovitaan yhteispäivystyksessä erikseen. Potilaan näkö-kulmasta yhteispäivystys tarkoittaa paikkaa, jonne akuutisti sairastunut voi hakeutua ilman lähetettä tai lähetteellä. (Heinänen, Jantunen, Kallio & Simonen 2008, 77.)

3.2 Päivystystoimintaa ohjaavat lait

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (3 §), kansanterveyslaki (10 §), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (15 §) ja erikoissairaanhoidonlaki (31 ja 35 §) ohjaavat päivystyksen toimintaa. Säädökset takaavat potilaan hoitoon pääsyn kiireellisissä ja kiireettömissä tilanteissa. Säädöksillä veloitetaan myös kuntia järjestämään kansalaisille riittävät ja tarkoituksen mukaiset terveydenhuoltopalvelut. Kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin tehtiin muutoksia 2005 säädetyllä hoitotakuulla. Sillä pyritään turvaamaan kansalaisten hoitoon pääsy. Kansanterveyslailla (77/2004) on säädetty, että potilaille on järjestettävä välitön yhteyden-saanti mahdollisuus terveys-keskukseen virka-aikana. Yhteydenotto voi tapahtua puhelimitse tai menemällä henkilökohtaisesti terveyskeskukseen. Virka-ajan ulkopuolella kunnilla on vas-

tuu järjestää mahdollisuus päivystys-vastaanottoon. Kiireettömän hoidon tarpeenarviointi on järjestettävä kolmen vuorokauden kuluessa siitä, kun kansalainen on ottanut yhteyttä terveyskeskukseen. (Sopanen 2008, 62; Voipio-Pulkki 2005, 18-19.) Lisäksi terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) säätävät kiireellisesti saavutettavissa olevista terveydenhuoltopalveluista. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011).

3.3 Hoidon tarpeen arviointi päivystyksessä

Hoidon tarpeen arviointi eli triage tarkoittaa hoitotyönammattilaisen tekemää arviota potilaan tarpeesta päästä hoitoon ja sen kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan taata terveydenhuoltopalvelut kuntien asukkaille ja ulkomaalaisille, joille palvelut säännösten tai sopimusten mukaan kuuluvat. Hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen vaihe hoitoprosessissa. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.) Hoitoon pääsyn kriteereitä ovat kiireettömän ja kiireellisen hoitoon pääsyn kriteerit. Kiireelliseen hoitoon potilaan tulee päästä välittömästi, sen mukaan kuin hänen sairautensa tai vammansa vaativat. (Valvira 2011.) Hoidon tarpeen arvioinnin ja dokumentoinnin on tapahduttava hoitotakuulainsäädännön mukaisesti (Syväoja ym. 2009, 17).

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden työhön kuuluu jatkuva arviointi potilaan hoidon tarpeesta, ja tämä korostuu erityisesti päivystyksissä sekä terveyskeskusten vastaanotoilla. Triagen avulla voidaan priorisoida saapuvia potilaita päivystyspoliklinikoilla ja tunnistaa ne potilaat, jotka eivät voi odottaa tai tarvitsevat välitöntä hoitoa. (Gilboy ym. 2005, 1,5.)

Triage tarkoittaa lajittelua, järjestämistä, erottelua ja valikoimista. Triage merkitsee käytännössä potilasryhmittelyä. Se otettiin käyttöön monipotilastilanteissa, kuten esimerkiksi sodissa ja suuronnettomuuksissa. Triagea käytettiin muun muassa ensimmäisessä maailmansodassa. Sotauhrit voitiin jaotella vammojen ja fyysisen tilan mukaan niihin, jotka pitää hoitaa ensin ja jotka voisivat odottaa. Monipotilastilanteissa käytettiin erilaisia värikoodeja. Triagella ei määritellä diagnoosia, vaan määritellään hoidon tarpeen kiireellisyys. Hoitajan arvioidessa potilaan hoidon kiireellisyysluokkaa, voi hän samalla haastatella potilasta kartoittaakseen taustatieto-ja, jotka auttavat päätöksentekoa. (Andersson, Omberg & Svedlund 2006, 136.)

Triage otettiin käyttöön Amerikassa ja Iso-Britaniassa 1960-luvulla. Syynä olivat lisääntyneet potilasmäärät päivystyksissä. Triagen kehitettiin avuksi, että potilaat voitiin luokitella niihin, jotka tarvitsevat välittömästi hoitoa ja niihin, jotka voivat odottaa. (Andersson ym. 2006, 136.) Triagehoitajan nopealla arviolla ja päätöksen teolla on tarkoitus tunnistaa vamman tai sairauden kehitys ja estää tai vähentää mahdollisia haittavaikutuksia (Cone & Murray 2002, 402).

Päivystyspoliklinikoilla käytetään paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaa hoidon kiireellisyyden arviota. Sitä voidaan potilaan tilaa seuraten tarkentaa koko päivystyskäynnin ajan. Hoidon kiireellisyyden arvio koskee vain hoidon aloittamisen kiireellisyyttä. Paikallisiin toimintaohjeisiin voidaan myös lisätä työnjakoon ja hoitoon liittyviä tarkentavia ohjeita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 22.) Yhteispäivystyksissä hoidon tarpeen kiireellisyys arvioinnin mukaan potilas voidaan ohjata suoraan tarkoituksenmukaisimmalle hoitolinjalle, erikoissairaanhoidon päivystykseen tai terveyskeskuspäivystykseen (Päivystyshanke 2008b, 70-71).

Kiireellisyysluokituksesta ei ole olemassa kansainvälisesti yhtenäisiä käytäntöjä eikä ohjeistuksia, vaikka ne ovat laajalti käytössä sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla (Göransson ym. 2005, 1067). Käytössä on useita erilaisia kiireellisyysluokitusmalleja. Aluksi kiireellisyysluokkia oli vain kaksi, kiireellinen ja ei -kiireellinen. Triage -mallit koostuvat pääsääntöisesti 3-5 kiireellisyysluokasta, joissa voidaan käyttää apuna värejä ja yleisimmin kirjaimia ABCDE tai numeroita 12345. Nykyään maailmalla käytetään eniten viisitasoisia malleja, ja niiden toimivuudesta ja luotettavuudesta on myös paljon tieteellistä näyttöä. Englannissa, Kanadassa ja Australiassa 5-luokkaukset mallit ovat olleet pitkään käytössä. (Kiuru 2008, 22.)

Suomessa ei ole yhtenäistä ohjeistusta hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin. Suomen sairaalat ja terveyskeskukset ovat ottamaan käyttöön viisiportaista triage- luokitusta. Se on yleisin potilasluokittelumalli pääkaupunkiseudulla. Potilasluokittelun mukaan A-ryhmän potilaat menevät suoraan erikoissairaanhoidon ja heidän hoitonsa tulisi aloittaa välittömästi. B-ryhmään kuuluvien potilaiden hoito tulisi aloittaa 10 minuutin sisällä. Terveyskeskuspotilaita ovat C- ja D-ryhmiin kuuluvat potilaat. E-ryhmän potilaat eivät kuulu päivystykseen. (Päivystyshanke 2006, 3., Syväoja & Äijälä 2009, 35)

Potilaan systemaattisessa tutkimisessa voidaan käyttää ABCDE -menetelmää. ABCDE -menetelmän avulla saadaan selville välittömien toimenpiteiden järjestys tutkittaessa potilaan peruselintoimintoja ja vammapotilaita. (Alaspää & Holmström 2013, 121). Tutkimusjärjestys ABCD-menetelmän mukaan on sama kaikille potilasryhmille. Tutkijan ollessa kokenut, eri osa-alueet tutkitaan usein samanaikaisesti. Ensiarvion ja välittömien hoitotoimien aloittamiseen ei saisi mennä muutamaa minuuttia kauempaa. (Castrén, Helveranta, Kinnunen, Kor-te, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 150.)

Laskowski-Jones (1995, 36.) esittää kyseisen mallin seuraavasti:

A Airway (ilmatie)

B Breathing (hengitys)

C Circulation (verenkierto)

D Disability (vammat)

E Exposure (altistuminen)

Päivystyksessä hoidon kiireellisyyden arviointi ei ole kertaluonteinen tapahtuma. Se jatkuu koko potilaan sairauden tai vamman keston ajan. Päivystyspotilaan vointia arvioidaan koko ajan ja tarvittaessa potilaan kiireellisyysluokkaa voidaan muuttaa. Triagehoitaja arvioi potilaan hoidon kiireellisyyden havaintojensa sekä potilaana oireiden perusteella. Tämän jälkeen triagehoitaja asettaa potilaan kiireellisyysluokkaan. Triagehoitaja voi tehdä tarvittaessa alustavia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä potilaan tilan kartoittamiseksi. Mittauksia, joita triagehoitaja voi tehdä ovat muun muassa verenpaine, pulssi, verensokeri, veren happisaturaatio ja lämpö. Tutkimuksia tehdessään tulisi triagehoitajan huolehtia siitä, ettei triageen muodostu potilasturvallisuutta vaarantavaa ruuhkaa. Jono saattaa viivästyttää kiireellisen hoidon aloittamista. Triagehoitajan tulisi pääsääntöisesti keskittyä potilaiden vastaanottoon ja ohjaamiseen päivystyksessä oikeaan hoitolinjaan. (Päivystyshanke projektiryhmä 2008, 5.) Triagehoitajan tulisi epävarmoissa tilanteissa luokitella potilas kiireellisempään luokkaan. Potilaan voinnin huonontuessa kiireellisyysluokkaa tulee nostaa. Potilaiden vointia tulisi seurata odotusaikana. Vointi voi muuttua nopeasti ja tällöin triagehoitajan tulisi reagoida muutokseen. Potilasryhmittely on viitteellistä ja se vaatii triagehoitajalta paljon omaa harkintaa, päätöksentekotaitoja, kokemusta ja arviointikykyä. (Päivystyshanke 2008a, 2.)

Tannisen (2007) tutkimuksen mukaan kiireellisyysluokituksen toimivuuden vaikuttavina keinoina ovat päivystyspoliklinikan tilat, henkilökunnan ammattitaito, kiireellisyysluokituksen liittyvä koulutus ja perehdytys sekä toiminnan kehittäminen ja arviointi (Tanninen 2007, 21, 50).

Suomessa käytetään eniten ABCDE -järjestelmää. Järjestelmästä ei ole julkaistu yhtenäistä ja samoin perustein toimivaa valtakunnallista ohjetta. ABCDE -järjestelmän paremmuudesta ja luotettavuudesta verrattuna muihin triage -järjestelmiin ei ole tutkimustietoa. (Aluehallintovirasto 2013). Malström ym. vuonna 2012 tutkimuksen mukaan tutkimustieto Suomessa käytössä olevasta ABCDE -järjestelmästä on puutteellista. Tutkimukseen perustuva näyttöä ei ole tarpeeksi järjestelmän luotettavuudesta, turvallisuudesta tai toistettavuudesta. Ongelmaksi nousee myös se, että järjestelmää sovelletaan eri päivystyksissä omien ohjeiden mukaan. Hoidon tarpeen arviointiin ja luokitteluun tarvitaan yhtenäinen ohje ja lisäksi henkilökuntaa tulisi kouluttaa. (Malmström R ym. 2012, 345-351). ABCDE -järjestelmän ja kehittämistoimenpiteiden vaikutusta terveyskeskuspäivystyksen potilasvirtaan on tutkinut Kantonen väitöskirjassaan. Kantosen mukaan (2014) ABCDE -järjestelmän käyttöönotto ja siihen liittyvät kehittämistoimenpiteet vähensivät terveyskeskuspäivystysten käyntejä. Lisäksi odotusajat lääkäriille lyhenivät. Erikoissairaanhoidon käynnit pysyivät samana tai lisääntyivät. (Kantonen, 2014, 108.)

Suomessa ABCDE -järjestelmää on kehitetty muun muassa Päivystyshankkeessa vuonna 2008. Hankkeen tuotoksena on laadittu hoidontarpeen kiireellisyyden arviointia varten taskuopas

(HUS 2008, 24). Yhteispäivystysten yleistyessä on hoidon tarpeen arviointi lisääntynyt. Tästä syystä ABCDE -järjestelmälle oli tarvetta. Järjestelmään vaikutti lisäksi syntynyt tarve erotella kiireelliset potilaat ei-kiireellisistä potilaista, jotka eivät tarvitse päivystyksellistä hoitoa. ABCDE -järjestelmä on viisiportainen. Järjestelmässä on huomioitu myös päivystyspoliklinikan sisäinen työnajako. ABCDE -järjestelmä ohjaa potilaiden kiireellisyysluokittelun tavallisimpien tulosten mukaan. Päivystyspisteet ovat muokanneet järjestelmää omiin tarpeisiinsa sopiviksi. (Malmström R ym. 2012, 345-351.)

Suomessa vuonna 2011 ympäri vuorokauden päivystäviä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköitä oli 60. Niistä 37 ilmoitti käyttävänsä kiireellisyysluokittelua. Kuusi suunnitteli kiireellisyysluokittelun käyttöönottoa. ABCDE -menetelmä oli käytetyin, jossa tarkastetaan potilaan elintoiminnot järjestyksessä. ESI oli käytössä viidessä päivystyksessä. ADAPT- ja METTS -järjestelmien käyttöönottoa suunniteltiin Ahvenanmaalla (Malmström ym 2012, 699-703.)

3.4 Potilasturvallisuus ja siihen vaikuttavat tekijät

Potilasturvallisuutta pidetään olennaisena osana laadukasta terveydenhuoltoa ja sillä tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien henkilöiden toimia. Toimien tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumiselta. Hyvää kliinistä osaamista pidetään potilasturvallisuuden perustana. Potilasturvallisuutta tukee hyvä koulutus sekä vastuullinen ja ammatillinen osaaminen. Tärkeäksi osaksi on myös muodostunut avoin työyhteisö, jossa virheistä pyritään keskustelemaan ja sitä kautta parantamaan potilasturvallisuutta. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 8-12.) Potilasturvallisuutta voidaan määritellä myös toisella tavalla. Potilasturvallisen hoidon tulisi olla tarkoituksenmukaista ja siitä tulisi aiheuta potilaalle mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat siis yksittäiset ammattihenkilöt, toimintayksiköiden sekä organisaatioiden käytännöt ja periaatteet. Hoidon turvallisuus voidaan varmistaa oikeilla ja yhtenäisillä toimintatavoilla. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011, 6.)

Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että potilaan kaikissa hoitovaiheissa ennakoidaan ja ehkäistään erilaiset virheet ja vahingot niin pitkälle kuin mahdollista. Virheen sattuessa on erittäin tärkeää, että virheet kirjataan, niiden syyt selvitetään ja niitä pyritään ehkäisemään. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011, 6; THL 2012.) Potilasturvallisuuteen kuuluu monia osa-alueita. Näistä yleisimmät ovat lääkitysturvallisuus, infektioiden liittyvät tekijät, laite-turvallisuus, henkilökunnan työhyvinvointi ja raportointiin liittyvät asiat. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 84-154.)

Yksityisyys on käsitteenä monimuotoinen. Se ilmenee fyysisenä, sosiaalisena, tiedollisena ja psykologisena. Yksityisyydellä voidaan tarkoittaa vetäytymistä sosiaalisesta kanssakäymisestä ja yksin oloa erillään ulkoisesta maailmasta. Yksityisyyttä voidaan pitää vapautena toisten ihmisten tarkkailusta eli tila, jossa toiset eivät kuule eikä näe, mitä ihminen tekee. (Jantunen, Puumalainen, Suominen, Leino-Kilpi 1994.) Suomen perustuslaissa (11.6.1999/731) yksityisyys tarkoittaa yksilön itsemääräämisoikeutta, henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta sekä se on yhteydessä ihmisarvon loukkaantumattomuuden vaatimukseen.

Jokaisella ihmisellä on henkilökohtainen tilansa. Eettiseksi ongelmaksi fyysinen yksityisyys tulee, jos hoitohenkilökunta toimii potilaan yksityisyyttä loukkaavalla tavalla, ilman että he tunnistavat sitä tai, tunnistamisesta huolimatta toimivat näin edelleen. Suojaamaton ruumiinosien paljastaminen voi olla hoitohenkilökunnalle itsestään selvää, mutta potilaasta se voi olla nöyryyttävää ja ahdistavaa. Potilaan hoito voi myös aiheuttaa yksityisyyden puutetta, esimerkiksi jos potilaan tila vaatii hoidon suunnittelua ja jatkuvaa tarkkailua. Sairaala ympäristö on suunniteltu tehokkaan hoidon tuottamiseen. Potilaiden tarpeita ei ole huomioitu suunnitelmia laadittaessa. (Jantunen ym., 1994.)

Hyvän hoidon toteutumisen edellytys on luottamuksellinen hoitosuhde. Luottamuksellisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas voi varmuudella tietää antamiensa tietojen pysyvän hoitohenkilökunnan käsissä ja että näitä tietoja käytetään vain hänen hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. (Lehtonen 2003, 22.) Potilaan terveyteen liittyvien asioiden selvittäminen voi vaatia, että terveystietojen lisäksi käydään läpi potilaan aiempia tutkimus- ja terveystietoja sekä vapaa-aikaan, elintapoihin ja sosiaalisiin suhteisiin liittyviä asioita. Nämä tiedot saattavat olla potilaan kannalta arkaluontoisia. Potilaan ja omaisten tietoja voi tulla ilmi hoidon aikana, kun hoitohenkilökunta tekee havaintoja saattajista, vieraista sekä keskustelee heidän kanssaan. Tällöin hoitohenkilökunnalla saattaa olla sellaisia tietoja, joita potilas ei tiedä heillä olevankaan. Potilasta koskevia tietoja tulee käsitellä niin etteivät ne joudu ulkopuolisten tietoon. (Jantunen ym. 1994.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta 1227/2010 muun muassa määrittelevät salassapitovelvollisuutta.

WHO perusti World Alliance for Patient Safety ohjelman vuonna 2004 maailmalaajuisen potilasturvallisuustyön luomiseksi (WHO 2012). Eurooppaan perustettiin sisäinen verkosto vuonna 2008, European Union Network for Patient Safety potilasturvallisuuteen liittyvän tiedon jakamiseksi ja yhteistyön kehittämiseksi (EuNetPas 2012). Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö asetti potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän vuonna 2006. Tästä Suomen potilasturvallisuuden toimet saivat alkunsa. Ohjausryhmän tuotoksena valmistui suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2012. (THL 2011.) Strategiaassa potilasturvallisuutta käsitellään neljästä eri näkökulmasta; turvallisuus-kulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Strategian ta-

voitteena on parantaa potilasturvallisuutta, ennakoida, oppia, raportoida vaaratapahtumat, edistää potilasturvallisuutta suunnitelmallisesti, potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. Strategian tarkoituksena on myös suomalaisen sosi-aali- ja terveydenhuollon potilaskulttuurin yhtenäistäminen ja edistäminen. (STM 2009.)

Suomessa potilasturvallisuutta pyritään edistämään useiden eri lakien avulla (Helavuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 38). Terveydenhuoltolain (1326/2010, 8 §) mukaan toiminnan on oltava ammatillisesti sekä tieteellisesti asianmukaista, näyttöön sekä hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa ja lisäksi laadukasta ja turvallista. Terveydenhuollon yksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Potilaan yksityisyyden oikeutta säännellään kansallisen lainsäädännön lisäksi kansainvälisissä sopimuksissa ja suosituksissa. Suomessa Yhdistyneiden Kansakuntien ihmisoikeuksia koskevat yleissopimukset tulivat voimaan 1976. World Health Organization (WHO) antoi 1994 potilaan oikeuksia koskevan julistuksen. Suomi on myös sitoutunut Euroopan neuvoston yleissopimukseen yksilöiden suojelusta henkilötietojen automaattisessa tietojenkäsittelyssä 19992. (Ylipartanen 1997, 13-17) Potilaiden ihmis- ja eettisiin oikeuksiin terveydenhuollossa on vaikuttanut merkittävästi vuonna 1998 voimaan tullut Euroopan ihmisoikeussopimus (Woogara 2005, 12).

3.5 Hoitotyön päätöksenteko

Triagehoitajan päätöksenteosta on niukasti tutkimuksia. Tiedossa on, että tieto ja kokemus ovat pakollisia päätöksiä tehdessä. Ne eivät kuitenkaan pelkästään riitä triagehoitajalle. Triagehoitajan tulee osata myös luottaa vaistoihinsa. Se on tärkeä piirre tunnistettaessa korkean riskiluokan potilaita. Kokematon hoitaja ei luota samalla tavalla vaistoihinsa. (Gilboy ym. 2005, 27.) Alun perin päätöksenteko jaoteltiin intuitiiviseen ja analyttiseen. Asiantuntijuus saattaa johtaa joillakin alueilla intuitiiviseen päätöksentekoon, ”puoli-automaattiseen päätöksentekoon”. (Sjöberg 2003, 17-29.) Gerdztin ja Bucknallin mukaan pidentynyt triagehoitajan päätöksenteko voi haitata potilaan hoidon lopputulosta. Heidän mukaansa täsmällinen arvio ja luokituksen kesto mahdollisesti vaikuttaa päivystyspoliklinikan kuolleisuuteen ja sairastavuuteen. (Gerdzt & Bucknall 2001, 4.)

Gerdztin ja Bucknallin (2001) tutkimuksessa kävi ilmi, että vitaalielintoimintojen mittaaminen lisää hoidon kiireellisyyden arvioinnin kestoja. Hoitajan tehdessä neurologisen statuksen arvioinnin kesto lisääntyi. Merkittävä kesto vaikuttava tekijät olivat myös arviointiprosessin häiriintyminen, potilaan vieraskielisyys tai jos potilaalla ei ollut lähetettä. Triage-aika oli lyhempi, jos potilaan lähete oli lähetetty etukäteen. Tällöin tilanteeseen oli osattu varautua. Tutkimuksella pystyttiin myös osoittamaan, että triagehoitajan yksilölliset eroavaisuudet vai-

kuttivat triagen keston. Hoitajan työkokemuksella ei tutkimuksen mukaan ollut vaikutusta triagen keston. (Gerditz & Bucknall 2001, 556, 558, 559.)

Lauri ja Salanterä (2002) ovat myös tutkineet sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien päätöksentekoa hoitotyössä. Heidän mukaansa puhtaasti analyttistä tai intuitiivista päätöksentekoa esiintyy harvoin. Päätöksentekoon liittyy aina enemmän tai vähemmän intuitiivista ja analyttistä päättelyä. Intuitiivinen päätöksenteko painottuu kuitenkin enemmän lyhytaikaisessa sairaanhoidossa ja teho-hoidossa. (Lauri & Salanterä 2002, 159-165, Lauri 2007, 21-23.)

Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan tärkeimpiä valmiuksia on kyky tehdä päätöksiä, jotka liittyvät potilaan tilan arviointiin ja ongelmien priorisointiin (Koponen & Sillanpää 2005, 28). Päivystysyksiköissä ja ensihoidossa työskentelevät sairaanhoitajat joutuvat arvioimaan hoidon tarpeen kiireellisyyttä usein häiriöllisissä olosuhteissa lyhyen ajan sisällä (Andersson, Omberg ja Svelund 2006, 140). Päätöksenteon hallinta muodostaa hoitotyön ammattilaisen pätevyyden perustan. Sairanhoitajan hallitessa päätöksenteon, vastaa hän suurelta osin työelämän edellyttämiin vaatimuksiin. Hoitotyön ammattitaidon hallinta vaatii sairaanhoitajalta päätöksenteon perusvalmiuksia. Tällöin hän pystyy potilaan hoidossa etenemään strategiasta toimeenpanopäätöksiin ja ideoinnista toimintavaihtoehtoihin. (Kuokkanen 2000, 18-19.) Hoitotyössä sairaanhoitajat tekevät päätöksiä yksin, yhdessä potilaiden tai heidän perheidensä kanssa sekä yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa. Perustana hoitotyön päätöksenteolle on sairaanhoitajan tieto ja tulkinta olemassa olevasta tilanteesta. (Lauri 2007, 21-23.) Päätöksenteossa yhdistyvät sairaanhoitajan teoreettinen tieto päätöksentekovaiheista ja prosesseista sekä kokemuksellinen tieto käytännönhoitotilanteiden ratkaisuista. Sairanhoitaja käyttää hoitotyön päätöksenteossa rationaalisia, informaation prosessointiin ja intuitioon perustuvia ajatteluprosesseja. (Kuokkanen 2000, 19.) Päätöksenteon työkaluna päivystyksessä käytetään triagea. Se ohjaa triagehoitajan päätöksentekoa. Hoitotyön päätöksenteko edellyttää sairaanhoitajalta kriittistä ajattelua, ongelmanratkaisu- ja dokumentointitaitoja. (Opetusministeriö 2006, 65.) Ruotsissa on tehty tutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää kuinka hoitajat toteuttavat triagea ja kuvata tekijöitä, joita hoitaja pohtii triagea päätöstä tehdessään. Tutkimuksen mukaan päätöksentekoon vaikuttavat tekijät voidaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään: ammattitaitoon liittyviin tekijöihin, hoitajan persoonallisiin ominaisuuksiin ja ympäristötekijöihin. (Andersson yms. 2006, 137-139.) Tilanteet hoitotyön päätöksenteossa ovat usein epäselviä ja vaihtelevia. Etenkin ihmisiin koskevien päätösten tekeminen sisältää aina tietynlaista epävarmuutta. (Lauri & Salanterä 2002, 159.) Ahdistus ja epävarmuus heijastuvat usein hoitajan työskentelyyn ja päätöksentekoon (Benner, Tanner & Chesla 1999, 73, 75,77). Hoitotyön päätöksentekotaitojen kehittyminen edellyttää hoitajalta tietoista omien päätöstensä tekemisen arviointia ja päätöstensä kautta toteuttamaansa hoitotyön tulosten arviointia (Lauri & Salanterä 2002, 165).

Hoitotyön päätöksenteko on vaihteellinen prosessi. Se etenee esitietojen keräämisestä ja saadun tiedon tulkitsemisesta potilaan hoitolinjan määrittämiseen. Hoitotyössä päätöksentekoon liittyy kaksi tärkeää tekijää, jotka ovat hoitotyöntekijän käyttämä tietoperusta ja hänen ajatteluprosessinsa. Kokeneet sairaanhoitajat pystyvät tekemään päätöksiä enemmän kokemuksen perustuen kuin nuoremmat sairaanhoitajat. Kokemuksen myötä kyky ennakoida potilastilanteita sekä taito reflektoida omaa osaamistaan kasvavat. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 9; Nummelin 2009, 17-18.) Conen ja Murrayn mukaan (2002, 402) kokeneella sairaanhoitajalla on kokonaisvaltaisempi ja vaihtelevampi lähestymistapa ongelmien selvittämiseen kuin uudella sairaanhoitajalla.

Hoitotyössä tietoa sovelletaan käytäntöön taitojen avulla. Hoitotyö on jatkuvaa tietojen ja taitojen yhteen sovittamista, joka tapahtuu päätöksenteon avulla. Hoitotyön arki muodostuu monista pienistä päätöksistä. Näiden pohjalta potilaan hoito etenee. Usein päätöksiä tehdään tiedostamatta. Toiminta etenee jatkuvien kysymysten, niihin liittyvien vastausten sekä päätösten kautta. Käytössä on erilaisia hoitotyönmalleja, jotka pohjautuvat erilaisiin päätöksentekomalleihin. Yksi yleisimmistä päätöksentekoteorioista hoitotyössä on informaation prosessoinnin teoria. Tämän teorian prosessointi alkaa hankkimalla tietoa ja etsimällä vihjeitä. Sen jälkeen vertaillaan saatuja tietoja ja vihjeitä oman hoitotyön tietorakenteeseen. Vertailun jälkeen voidaan tehdä oletuksia mahdollisista ratkaisuvaihtoehdoista ongelmaan sekä tarkennetaan ja varmennetaan oletuksia. Tämän jälkeen vielä hyväksytään ja hylätään oletuksia sekä tehdään päätös. Viimeiseksi suunnitellaan päätöksen toteuttamiseen vaadittavat toiminnot ja toteutetaan päätös. (Lauri 2002, 95.)

Sairaanhoitajilta vaaditaan taitoa toimia potilaan tukijana ja tiedonantajana hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Häneltä vaaditaan myös teoreettisen tiedon hallintaa, kykyä hankkia tutkittua tietoa, soveltaa sitä käytäntöön konteksti- ja tilannesidonnaisesti. (Kuokkanen 2000, 18.) Hoitotyön päätöksentekoprosessi on tärkeä osa ammatillista kasvua. Hoitajien tekemät päätökset koskettavat usein syvästi potilasta. (Lankinen-Lipsanen 2004, 24.)

3.6 Hoitotyön kirjaaminen

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) määrittää, että potilasasiakirjoihin on kirjattava potilaan hoidon järjestämisen, toteuttamisen, suunnittelun ja seurannan turvaamiseksi tarvittavat tiedot. Merkinnöistä on käytävä ilmi taudinmääritys, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) mukaan potilasasiakirjoihin liittyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja ei saa ilman potilaan lupaa luovuttaa sivullisille. Salassapitovelvollisuus säilyy vielä työsuhteen päätyttyä. Rikoslaisissa on säädetty salassapitovelvollisuuden rikkomisesta ja siitä seuraa rangaistus. Mikäli potilas on kykenemä-

tön arvioimaan annettavan suostumuksen merkitystä, niin tietoja saa silloin antaa hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella. Potilaalla on myös oikeus tarkastaa omat tietonsa potilasasiakirjoista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Potilasasiakirjoista tulee ilmetä perustiedot, kuten potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta, yhteystiedot, merkinnän tekijän nimi, asema ja ajankohta sekä saapuneiden tietojen saapumisajankohta ja lähde, alaikäisen potilaan kohdalla huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Potilasasiakirjoissa tulisi ilmetä myös potilaan lähiomainen tai muun potilaan ilmoittaman yhteyshenkilön nimi, potilaan äidinkieli tai asiantikieli, ammatti, potilaan työnantajan vakuutusyhtiö ja tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009/298) mukaan potilasasiakirjoihin täytyy tehdä merkintä jokaisesta palvelutapahtumasta. Palvelutapahtumia koskevista tiedoista pitää tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnointi, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmäärittäminen, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Potilaan hoitoon osallistuneet henkilöt täytyy pystyä selvittämään tarvittaessa jälkikäteen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskirjojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) määrittää asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys. Asiakastietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko säilytysajan. Terveys- ja terveydenhuollon potilastietojärjestelmien ja potilasasiakirjojen tietorakenteiden tulee mahdollistaa sähköisten potilasasiakirjojen käyttö, luovuttaminen, säilyttäminen ja suojaaminen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskirjojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007 § 15) velvoittaa terveydenhuollon palveluiden tuottajia valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi. Julkinen sektori on liittynyt tähän järjestelmään 1.9.2014 alkaen ja yksityinen 1.9.2015 alkaen. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 § 15.) Henkilötietolaki (523/1999) määrittää yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojen käsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. (Henkilötietolaki 523/1999).

Terveys- ja sosiaalihuollon ammattilaisten työnkuvaan kuuluu keskeisenä osana kirjaaminen. Se on tärkeä keino viestiä potilaan hoidossa tarvittavia tietoja sekä se kytkeytyy tiiviisti tiedonkulkuun. Laadukkaan hoidon tuottamisessa on tärkeää jatkumo hyvän dokumentoinnin ja tiedonkulun välillä. Turvallisuusriskien hallinnalle hyvä kirjaaminen luo vankkaa pohjaa.

(THL 2011, 28.) Terveystieteiden tiedolla on keskeinen asema kaikessa toiminnassa. Välttämätön osa hoitotyötä ovat tiedon käyttö, välittäminen ja tallentaminen. Tiedon tulee olla viiveettä sekä rajoituksetta sitä tarvitsevien ammattihenkilöiden käytössä. (Tanttu & Rusi 2007, 114-116.) Päätökset potilaan hoitotyön suunnittelusta ja toteutuksesta toteutetaan sen tiedon mukaan, joka hoitajilla on käytössään. Mitä tarkempaa tietoa on käytössä, niin sitä parempaa hoitoa voidaan potilaalle tarjota. (Marin & Lorenzi 2010, 45.)

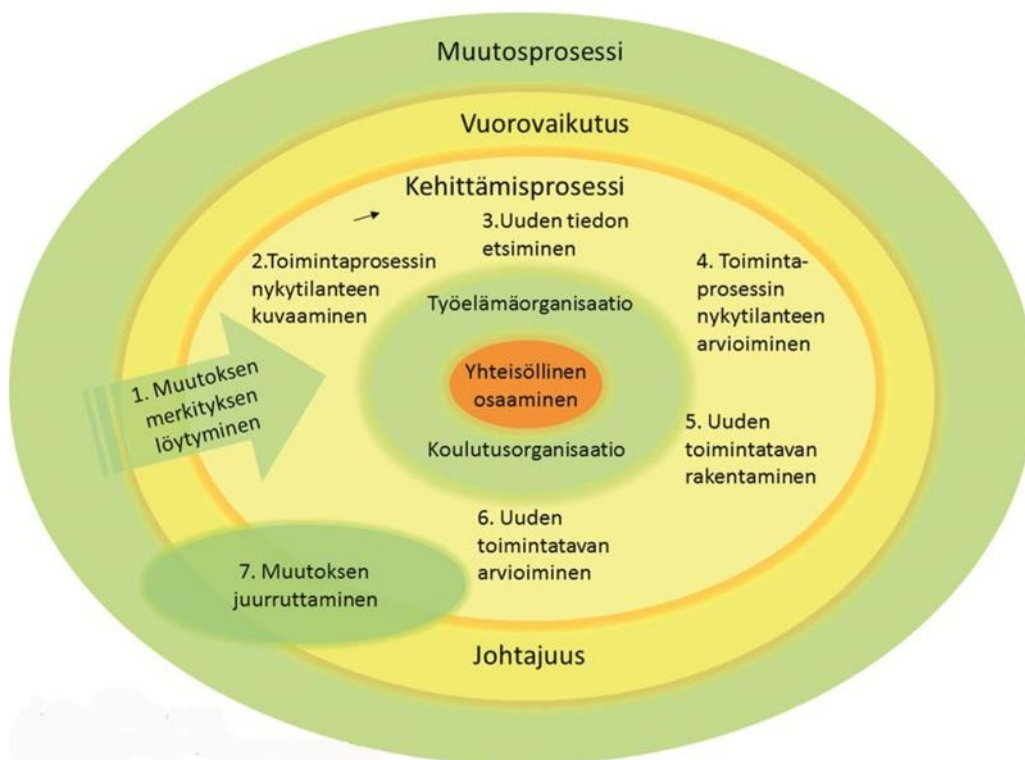
Rakenteisella sähköisellä kirjaamisella tarkoitetaan hoitotyön kirjaamista etukäteen laadittujen nimikkeistöjen sekä luokitusten avulla (Ensio & Saranto 2004, 44). Rakenteisuuteen kuuluu systemaattisuus. Se tarkoittaa, että on etukäteen sovittu mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Kirjattavan tiedon systemaattisuutta lisää tiedon luokittelu. Tietoja voidaan kirjata käyttäen valmiita otsikoita, luokituksia ja koodeja. Luokituksia voidaan täydentää vapaalla kuvailevalla tekstillä. (Syväoja & Äijälä 2009, 87.) Sähköisellä kirjajamisella parannetaan moniammatillisen tiimin keskinäistä kommunikointia. Se mahdollistaa hoidon jatkuvuuden ja koordinoinnin terveys-alan eri sektoreilla. (Ora-Hyytiäinen, Ikonen, Ahonen, Rajalahti & Saranto 2010, 169.)

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

4.1 Juurruttaminen

Juuruttamisessa ihminen toimii aktiivisena ja oppivana toimijana. Juurruttamisessa mukana olevat työyhteisön jäsenet sekä opiskelijat pyrkivät ymmärtämään uudella tavalla yhteisön työtapoja ja prosesseja perusteluineen pystyäkseen vaikuttamaan niihin. Juurruttamisen peruspilareita ovat muutosprosessi, johtajuus ja vuorovaikutus. Kehittämisprosessit ovat aikaa vieviä. Prosesseihin on siis varattava aikaa ja resursseja, että prosessin eteenpäin vieminen onnistuu työyhteisön ja työryhmän jäsenten toimesta. Tässä vaaditaan johtajuutta.

Tärkeimmäksi työvälineeksi muutosprosessissa nousee vuorovaikutus. Sen turvin voidaan tuottaa ja toteuttaa muutos. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012.) Juurruttamisen avulla yksilön kautta koko työyhteisö voi oppia. Laurea ammattikorkeakoulussa on käytössä LbD (Learning by Developing) kehittämismenetelmä, johon juurruttaminen pohjautuu. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)



Kuvio 1: Juurruttaminen Ahosen ym. (2012) mukaan

Juuruttamisprosessin aikana kehittäjien tulisi saada vastauksia kolmeen juurruttamisen ydinkysymykseen. Nämä kysymykset ovat: minkälaista toimintaa olemme kehittämässä, keiden asiantuntemus ja hyväksyntä ovat tärkeää kehittämistyölle ja eri osapuolten kiinnostus ja halu osallistua kehittämiseen. Nämä kysymykset ovat mukana koko prosessin ajan. Prosessin ideaa työstettäessä tarvitaan sopivat henkilöt ja heidän roolit on selvitettävä. Kehittämispösessin edetessä näkemys kohteesta selkiyytö ja konkretisoituu entisestään. Kivisaari (2001) kuvaa juurruttamisen pösessiä spiraalin muodossa (kuvio 2.). (Kivisaari 2001.)



Kuvio 2: Juurruttamisen spiraalimalli (Kivisaari 2001)

Juuruttaminen vaatii onnistuakseen työyhteisöltä vuorovaikutuksellisuutta, kehittämiseen innostunutta asennetta, keskinäistä luottamusta ja työyhteisön jäsenten välistä kunnioittamista (Takaluoma & Ahonen 2009.) Kehittämisprosessissa, jossa käytetään juuruttamisen menetelmää on työyhteisö vahvasti mukana (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007). Kehittämisprosessissa on ensimmäiseksi määriteltävä kehitettävä kohde. Kehitettävän kohteen tulisi olla koko työyhteisölle tärkeä. Kohteen tärkeydellä on iso merkitys prosessin edistymiselle. Juuruttaminen aloitetaan nykytilanteen kuvaamisella käsitteellisellä tasolla. Tarkoituksena olisi kuvata henkilöstön hiljaista tietoa kehittämiskohteesta. Tämän jälkeen perehdytään tutkittuun ja teoreettiseen tietoon kehitettävästä kohteesta ja sitä verrataan käytännön tietoon. Hiljaisen tiedon, teoria- ja tutkitun tiedon yhteensaattamisen tuloksena rakennetaan uusi toimintatapa, joka juurutetaan työyhteisöön. (Ahonen yms. 2012, 24.)

Nykytilan selvityksen avulla mahdollistetaan hiljaisen tiedon leviäminen koko työyhteisölle. Hiljaisen tiedon leviäminen työyhteisössä vaatii yhteisiä kokemuksia ja niiden läpikäymistä työyhteisössä. Hiljainen tieto jaetaan kahteen osaan. Toisella tarkoitetaan tietoa, joka perustuu ihmisen omiin kokemuksiin, näkökulmiin, ideoihin ja mielikuviin. Toisena on objektiivinen tieto, joka voidaan ilmaista esimerkiksi kaavoina tai käsikirjoina. (Kivisaari 2001, 16-18.)

Vuorovaikutteinen ympäristö eli Ba toimii juuruttamisen pohjana (Takaluoma & Ahonen 2009). Ba on yhteinen nimitys tietokyvylle ja toiminnalle. Kehittämisprosessi ei etene yksin kehittäjien toimesta. Se vaatii mukaan työyhteisön ja siihen liittyvän ympäristön. Prosessia työstävien ja uutta tietoa luovien yhteinen nimitys on Ba. Ba antama pohja tarjoaa prosessin kehittämiselle rajat, pohjan ja tuen. Se on kuitenkin avoin ja jatkuvasti muuttuva, jolloin osallistujat voivat tuoda siihen omia ajatuksia. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 185.)

Heikkilä & Heikkilä (2005, 185) mukaan Ba-käsitettä voidaan hyödyntää neljässä eri mallissa. Jokaisessa vaiheessa tarvitaan oma Ba.

Prosessi aloitetaan lähtötilanteen Basta. Työyhteisö tuo esille tunteitaan ja kokemuksiaan sekä muistamisen, tarkkaavaisuuden, mielessä säilyttämisen ja sisäisen ajattelun malleja. Tässä vaiheessa tarvitaan kasvokkaista vuorovaikutusta. Hiljaisen tiedon jakamiselle tämä on hyvä pohja. Tällöin voidaan tulkita parhaiten ihmisten ilmeitä ja eleitä. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 185.) Toinen vaihe on dialoginen Ba. Tämä vaihe on prosessin kollektiivinen vaihe eli luodaan asiayhteys hiljaisen tiedon jakamiselle. Silloin käytetään hyväksi kasvokkaista vuorovaikutusta. Kaikki voivat osallistua avoimeen keskusteluun, jonka avulla luodaan asiayhteys. Dialogi Ba perustuu enemmän tietoisuuteen kun taas lähtötilanteen Ba perustuu

monitulkintaisuuteen. Selkeää ja käyttövalmista tietoa luotaessa dialogi Baan avulla, ovat eri alojen specialistit ja osaajat merkittävässä asemassa. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 186.)

Syntematisointi-Ba on kolmas vaihe. Kolmannen vaiheen tarkoituksena olisi saada osallistujat akti-voitumaan yhteisölliseen ja virtuaaliseen vuorovaikutukseen. Systematisointi-Ban tarkoituksena on yhdistää uutta tietoa olemassa olevaan selkeästi ilmaistuun tietoon. Tieto välitetään myös niille kirjallisena verkostoissa, jotka eivät ole olleet kehittämisessä mukana. Tällöin he pääsevät myös vertailemaan tietoa aiempaan tietoon ja saavat mahdollisesti uusia oivalluksia. Tietojen vertailulla voidaan saada organisaatioon suuria muutoksia. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 186.)

Neljäs vaihe on harjoittelu-Ba. Tämä mahdollistaa uuden tiedon harjoittelun käytännön tasolla niin yksilöllisesti kuin virtuaalisessakin vuorovaikutuksessa. Tässä vaiheessa uusi tieto viedään käytännön tasolle. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 186.)

4.2 Kysely ja haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Kysely tunnetaan keskeisenä tiedonkeruumenetelmänä. Aineistoa kerätään standardoidusti, ja koehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietyistä perusjoukosta. Standardoidulla tiedonkeräämisellä tarkoitetaan, että kaikilta vastaajilta on kysyttävä halutut asiat täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 183-185.) Käytettäessä tiedonkeruumenetelmänä kyselyä voidaan aineisto kerätä kahdella eri tavalla: posti- ja verkkokyselyllä tai kontrolloidulla kyselyllä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 183.) Suositeltavaa olisi käyttää valmiita kysymyksiä aiemmin toteutetuista tutkimuksista. Ne ovat jo käytössä testattuja ja toimiviksi todettuja. (Yli-luoma 2001, 30.)

Kyselyitä on olemassa kahdenlaisia. Käytettäessä informoitua kyselymuotoa tiedonkerääjä jakaa lomakkeet vastaajille henkilökohtaisesti sellaisessa paikassa, jossa hänen suunnittelemansa kohdejoukot ovat tavoitettavissa. Vastaajille voidaan lomakkeita jaettaessa kertoa kyselyn tarkoituksesta. Vastaajien tulee täyttää lomakkeet omalla ajallaan ja palauttaa sovitun paikkaan. (Hirsjärvi yms. 2004, 186.)

Haastattelu on kielellistä vuorovaikutusta ja etenee tilanteen sanelemana (Tuomi 2007, 138). Haastattelussa haastattelija hallitsee tilannetta, jolloin molemmat osapuolet eivät ole tasa-arvoisia kysyjä ja vastaajia (Hirsjärvi ym. 2009, 207-208). Haastattelu on henkilökohtaista keskustelua. Haastattelija esittää suullisia kysymyksiä haastateltavalle ja kirjaa ne muistiin. (Eskola & Suoranta 1999, 86.) Haastattelu on aineistonkeruumenetelmänä joustava. Haastattelija pystyy muun muassa toistamaan kysymykset ja oikaisemaan väärinkäsitykset. Eduksi voidaan lukea myös, että haastateltavat voidaan tarvittaessa tavoittaa myöhemmin aineiston täydentämistä varten. (Hirsjärvi ym. 2009, 205-206.) Haastattelija voi valita haastateltavaksi

juuri sellaisen henkilön, jolla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. Haastattelutilanteissa voidaan myös havainnoida haastateltavan äänensävyä ja tapaa ilmaista asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Haastattelu on kallista ja aikaa vievää. Haastattelijan on perehdyttävä aiheeseen hyvin ja kouluttauduttava haastattelijan rooliin. Haastattelu on altis virhelähteille, jotka voivat johtua haastattelijasta, haastateltavasta tai haastattelutilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 206.)

Haastattelun lajit voidaan jakaa kolmeen eri haastattelutyyppiin. Tutkimuskysymyksiin voidaan hakea tietoa strukturoidulla-, teemahaastattelulla tai avoimella haastattelulla. Tavoitteena on saada mahdollisimman paljon tietoa, joten haastattelukysymykset on hyvä jakaa haastateltaville etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Tässä kehittämistyössä käytettiin strukturoitua haastattelumenetelmää. Lomakkeeseen oli ennalta määrätty kysymysten muoto ja esittämisjärjestys. Aikaa kuluu eniten lomakkeen laatimiseen, mutta itse haastattelu on helppo toteuttaa. (Hirsjärvi, ym. 2009, 208.)

4.3 Muutos kehittämistoiminnassa

Muutos alkaa yleensä siitä, että tunnistetaan muutoksen tarve tai jokin epäkohta, jota halutaan muuttaa. Muutos voi olla pieni tai suuri, mutta se on aina haaste. Työntekijöiden on itse innostuttava muutoksesta, jossa esimies voi tukea alaisiaan eri tavoin. Onnistuakseen muutos tarvitsee esimiehen lisäksi sitoutuneen johdon. (Ponteva 2010, 10-12.)

Muutoksen hallinta voi olla vaikeaa. Satunnainen muutos ja harkittu muutos voidaan erottaa yksilötasolla. Satunnaiseen muutokseen voidaan vaan sopeutua, koska muutos tapahtuu meistä riippumatta. Harkitussa muutoksessa olemme itse päättäneet muuttaa jotakin, joten se on omaehtoinen. Tällöin muutos vaatii aktiivista toimintaa ja suunnitelman. Yksilötasolla muutoksen toteuttaminen on usein helpompaa kuin tiimin tasolla. Uuden tiedon hankkiminen on helppoa ja ei yleensä vie paljon aikaa. Uusien taitojen hankkiminen on vaikeampaa ja vieläkin hankalampaa on muuttaa omia asenteita. Yksilön asenteen muuttuessa sekä tiedon ja taidon karttuessa, yksilön käyttäytyminen muuttuu. Tunteet ovat myös tärkeässä osassa käyttäytymisen muutoksessa. Ryhmän käyttäytymisen muutos edellyttää yksilön käyttäytymisen muutosta. (Sydänmaanlakka 2007, 70-71.)

Yhteisön toimintaprosesseja ei voida muuttaa pelkästään uuden toimintatavan kehittämisellä. Muutoksen onnistumiseksi tarvitaan muutoksen yhteinen hyväksyminen ja motivaatio sen toteuttamiseen. (Ora-Hyytiäinen 2012, 51.) Kehittäminen on ihmisten välistä vuorovaikutusta, joten siihen tarvitaan ryhmä. Tällöin työkäytäntöjä pystytään muuttamaan ja muokkaamaan kestäviksi sekä lisäksi tapahtuu sosiaalista oppimista. (Seppänen-Järvelä 2009, 44.) Muutok-

seen tulisi siis osallistua koko henkilökunnan, johto mukaan lukien. Tällöin muutos olisi hyvin johdettu. (Luomala 2008, 22.) Muutos merkitsee luopumista vanhasta, jotta voidaan sitouta uuteen. Uuteen sitoutuminen ei onnistu ennen kuin hyväksytään todellisuus ja pystytään käsittelemään muutoksen tuomat uudet asiat. Ihminen on valmis hyväksymään muutoksen tuomat asiat vasta perinpohjaisesti ne käsiteltyään. (Ylikoski & Ylikoski 2009.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Kehittämistyön työryhmään kuuluivat apulaisosastonhoitaja, Yamk -opiskelija ja opettaja Laureasta. Nykytilan kuvaukseen osallistui koko henkilökunta. Tiivistä yhteistyö tehtiin koko kehittämistyön ajan apulaisosastonhoitajan ja yamk -opiskelijan kesken.

5.1 Kehittämistyön nykytilanteen kuvaus

5.1.1 Triagehoitajan toimintaympäristö ja päätöksenteko

Kyselylomakkeilla haluttiin saada tietoa koko henkilökunnalta koskien triagehoitajan toimintaympäristöä, päätöksentekoa ja moniammatillisuuden toimivuudesta.

Tiedonkeruu tapahtui kyselylomakkeella. Lomakkeet vietiin päivystyspoliklinikalle. Vastaajina olivat päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta. Päivystyspoliklinikalla on kiire, joten olin kahdena päivänä muistuttamassa kyselystä. Kyselylomakkeita oli 30 kappaletta. Hoitohenkilökuntaan kuuluvia hoitajia kyselyyn vastasi 14. Henkilökunnasta vastasi kyselyyn n. 50 %.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin toimintaympäristöstä, tilojen soveltuvuudesta triagehoitajan toimintaan, mikä ympäristössä toimii ja mitä kehitettävää. Vastaajat pitivät tiloja soveltumattomina triagehoitajan toimintaan. Tiloja pidettiin ahtaana. Samassa tilassa on liian paljon ihmisiä. Työrauhan koettiin kärsivän tilojen vuoksi. Puhelimien soiminen ja yleinen hälinä koettiin häiritseväksi. Potilaat haastatellaan luukulla tai aulaassa, joten potilaiden yksityisyydestä oltiin huolissaan. Muut potilaat kuulevat haastattelun. Koettiin myös ettei potilasta voida kunnolla tutkia triagea tehdessä. Potilasta ei voi riisua aulaassa esimerkiksi haavan katsomista varten. Potilasta ei aulaassa ole mahdollisuutta saada selinmakuulle, joka myös joissakin tilanteissa helpottaisi tutkimista.

Päivystyspoliklinikan tilojen toimivuuteen triagehoitajalle olivat useimmat vastanneet, etteivät ne toimi olleenkaan kyseiseen tarkoitukseen. Hyvänä asiana pidettiin sihteerin sijoitusta triagen viereen, joten yhteistyö sihteerin kanssa onnistuu hyvin. Toimivaksi koettiin myös kollegoiden ja lääkäreiden läheisyys. Tästä syystä tiedotus ja ajatusten vaihto on mahdollista nopeasti. Yhdessä kyselylomakkeessa oli mainittu myös vartijan hyvä sijoittuminen lähelle hoitajia ja keskeiselle paikalle.

Tiloja toivottiin toimivimmaksi triagehoitajan työtehtäviin. Monet olivat toivoneet omaa huonetta tai työtilaa triagehoitajalle ja sihteerille. Tätä perusteltiin työrauhalla ja potilaan intimitetisuoja. Tällöin potilaan haastattelu ja tutkiminen olisi helpompaa. Toivottiin siis tilaa, johon voisi ottaa yhden potilaan kerrallaan. Tilan meluttomuutta pidettiin myös tärkeänä. Triagehoitajan työtilan tulisi sijaita myös niin, että hän olisi tietoinen poliklinikan tilanteesta. Kyselylomakkeessa oli myös tuotu esille triagehoitajan keskittyminen omaan työhönsä. Triagehoitajan ei siis pitäisi osallistua potilastyöhön kentällä.

Kyselylomakkeessa kysyttiin seuraavaksi triagehoitajan päätöksenteosta. Ensimmäiseksi kysyttiin kuka päivystyspoliklinikalla päättää. Kysymykseen oli vastattu kahdella tavalla. Yleensä triagehoitajan koettiin tekevän päätöksen. Joissakin vastauksissa tuli ilmi, että päätöksen saattaa tehdä joku muu hoitaja yli triagehoitajan. Vastattu oli myös, että kuka milloinkin tai päätöksen tekee yhteispäivystys riippuen päivästä. Lääkärin koettiin myös tekevän päätöksiä triagehoitajan tukena. Yhdessä vastauksessa tuli ilmi, että potilasta pyöritetään, koska päätöksenteossa on useita ihmisiä.

Kysyttäessä minkälaisissa asioissa triagehoitaja tekee päätöksiä, niin ensimmäiseksi nousi hoidon tarpeen arviointi ja sen mukainen päätöksenteko potilaan hoitolinjasta. Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi nousi myös esiin. Kyselyiden mukaan triagehoitaja päättää myös kuuluuko potilas erikoissairaanhoidon päivystykseen, terveyskeskuspäivystykseen vai meneekö potilas kotiin. Potilaan kuuluessa erikoissairaanhoidon päivystykseen, triagehoitaja päättää kuka hoitaja jatkaa potilaan hoitamista hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Koettiin myös, että jos ei muut päätä, niin päätösvastuu siirtyy triagehoitajalle. Triagehoitajan päätettävissä on myös hoitajien vuorovahvuus. Hän siis tarvittaessa tekee päätöksen kutsua lisää hoitajia työvuoroon.

Tietoa päätöksenteon tueksi triagehoitajat saavat kollegoiltaan ja lääkäreiltä. Tietoa he etsivät myös potilaan potilaskertomuksista, terveystietokannasta ja myrkytyskeskuksesta. Potilaan tutkiminen ja haastattelu toimivat myös päätöksenteon tukena. Muutamisessa vastauksissa tuli ilmi, että päivystyksessä on ohjekirja, joka ei ole ajan tasalla. Koulutusta ja kokemusta pidettiin myös päätöksentekoon vaikuttavana tekijänä.

Päätöksentekoa helpottavina asioina pidettiin kollegoiden ja lääkäreiden mielipidettä. Hyvä tiimityö koettiin myös päätöksentekoa helpottavaksi asiaksi. Työkokemusta ja koulutusta pidettiin yhtä vastausta lukuun ottamatta auttavina tekijöinä. Yhdessä vastauksessa kokemusta ja mutua tuntumaa pidettiin helpottavina tekijöinä, mutta niitä pidettiin kuitenkin huonoina päätöksenteon apuvälineinä. Helpoimpana päätöksenteon kannalta pidettiin potilasta, joilla on lähete tai röntgenlausunto mukana saapuessaan päivystyspoliklinikalle. Ensihoitohenkilökun-

nan hyvää raporttia pidettiin myös päätöksentekoa helpottavana asiana. Toimivilla tiloilla, mittauslaitteilla ja henkilökuntaresursseilla nähtiin myös päätöksentekoa helpottavina asioina.

Viimeiseksi päätöksenteon osalta kysyttiin mitä kehitettävää olisi. Toivottiin uusia toimintaohjeita, joita kaikki triagehoitajat voisivat noudattaa. Tällöin kaikki triagehoitajat toimisivat samalla tavalla. Selkeiden ohjeiden ansiosta ei mentäisi myöskään lääkäreiden mieltymysten mukaan. Esille tuli myös, että triagehoitajan päätöksiä tulisi kunnioittaa. Koulutusta toivottiin triagehoitajan tehtäviin. Triagehoitajalle kaivattiin myös omia mittauslaitteita. Lisäksi toivottiin lisää henkilökuntaa ja parempia tiloja. Vastauksissa oli myös mainittu, että triagehoitajuus ei sovi kaikille.

Kyselylomakkeisiin vastaajista suurin osa ei ole saanut triagehoitajaksi mitään koulutusta. Muutamat vastaajista eivät voi toimia triagehoitajina, koska eivät ole sairaanhoitajia. Kaksi vastanneista ovat käyneet triagehoitajakoulutuksen. Koulutus on vastaajien mielestä ollut vähäistä. Yksi vastaajista oli suorittanut muun triagehoitajankoulutuksen, joka oli vastannut EA2 kurssia.

Kyselylomakkeisiin vastanneet haluaisivat lisäkoulutusta. Osa oli vastannut, että kaikki koulutus käy. Toiveena olivat triagekoulutus, potilaan arviointia helpottavaa koulutusta, päätöksenteko koulutusta ja tilannejohtaja koulutusta. Toiveena olivat myös yhteiset palaverit, joissa käytäisiin läpi erilaisia caseja, potilastapauksia. Koulutuksilta toivottiin yhteisiä linjauksia päivystyksen triagehoitajan toimintaan.

Triagehoitajan työkokemuksella koettiin olevan suuri merkitys. Työkokemuksen sanottiin olevan kaiken A ja O. Kokemuksen koettiin helpottavan triagena toimimista. Kokemuksen myötä käytännöt ovat tuttuja. Kokenut triagehoitaja luottaa oman ammattitaitoonsa. Kokenut triagehoitaja käsittää paremmin kokonaisuuden ja yhteistyö muiden kanssa on sujuvampaa. Kokeneen triagehoitajan koettiin tunnistavan tilanteet paremmin kuin noviisi hoitajan.

Päivystyspoliklinikan triagehoitaja tekee yhteistyötä monien tahojen kanssa. Kyselylomakkeissa oli mainittu kollegat, lääkärit, ensihoitohenkilökunta, sihteerit ja terveystieteiden keskus. Osa oli vastannut, että kaikkien kanssa. Tästä on vaikea päätellä tarkoitetaanko omaa henkilökuntaa vai muitakin organisaatioita. Päätöksiä triagehoitajan koettiin tekevän yksin, yhdessä lääkärin ja muiden hoitajien kanssa.

Seuraavaksi kysyttiin millaista tukea triagehoitajat kaipaavat. Toivottiin yhteisiä hoitolinjauksia, ohjeita ja koulutusta. Yhdessä sovitusta linjauksista pidettäisiin kiinni. Lääkäreiltä toi-

vottiin myös kunnioitusta triagen päätöksiä kohtaan. Toivottiin myös kannustusta, ei kyseenalaistamista.

Viimeiseksi kyselylomakkeessa oli vapaan sanan vuoro. Siihen olivat vastanneet todella harvat. Siihen oli vastattu, että päivystyksessä on näennäinen triagejärjestelmä. Ohjeet ovat puutteelliset. Triagehoitajan toimenkuvaan oli koettu liitetyn sihteerin sekä vuorovastaanvan tehtävät. Koettu oli myös, että muiden toimijoiden ohjeet kumoavat päivystyksen ohjeet.

5.1.2 Potilasturvallisuuden toteutuminen päivystyspoliklinikalla

Sairaalalla pidettiin ryhmähaastattelu potilasturvallisuuden toteutumisesta päivystyspoliklinikalla. Ryhmähaastattelulla haettiin lisää tietoa nykytilan kuvaukseen. Haastatteluun osallistui viisi triagehoitajaa. Haasteltavilta kysyttiin yleisesti potilasturvallisuudesta, potilasturvallisuuden toteutumisesta, vaaratilanteita ja niiden ennaltaehkäisystä sekä koulutuksesta. Triagehoitajien mielestä potilasturvallisuus on kokonaisvaltaista hoitoa potilaalle ammattitaitoisen henkilökunnan toimesta. Potilaalla on tunne, että häntä hoidetaan ja hänellä on levollinen olo koko hoitoprosessin ajan.

”Potilaalla on tunne, että häntä hoidetaan, ja hänellä on levollinen sekä rentoutunut olo koko prosessin ajan”

”Potilasturvallisuus on kaiken kattavaa riskien hallintaa”

”Ammattitaitoinen henkilökunta hoitamassa”

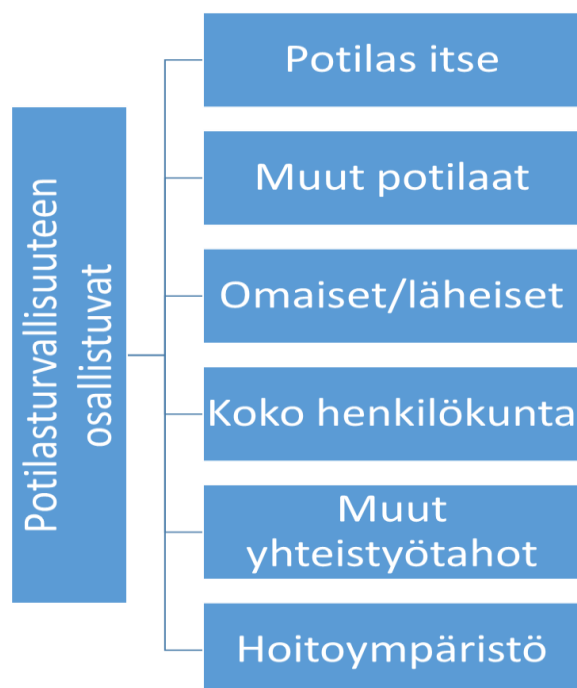
”Riittävä henkilöstö”

Esiin nousi myös ympäristön vaikutus potilasturvallisuuteen. Potilaan ympäristön tulisi olla turvallinen, pelottavista asioista vapaa. Potilasturvallisuuteen haastateltavien mielestä kuuluu myös ennaltaehkäisy. Pyritään estämään kaikki mikä voidaan estää esimerkiksi kaatumiset ja sängyistä putoamiset. Haastateltavien mielestä potilasturvallisuuteen kuuluu myös lääke- ja laiteosaaminen. Tässä koettiin tärkeäksi koulutus ja toimivat laitteet sekä lääkehoidon oikea oppiminen toteuttaminen. Kaiken kaikkiaan potilasturvallisuus koettiin kaiken kattavaksi riskien hallinnaksi (Kuvio 3).



Kuvio 3. Potilasturvallisuus triagehoitajien näkökulmasta.

Potilasturvallisuuden toteuttamiseen haastateltavien mielestä osallistuu koko henkilökunta, koskien myös laboratorion ja röntgenin henkilöstöä. Potilas itse, omaiset ja toiset potilaat vaikuttavat myös potilasturvallisuuteen omalta osaltaan. Hoitoympäristöllä koettiin myös olevan vaikutusta potilasturvallisuuden toteuttamiseen (Kuvio 4).



Kuvio 4. Potilasturvallisuuteen osallistuvat tahot.

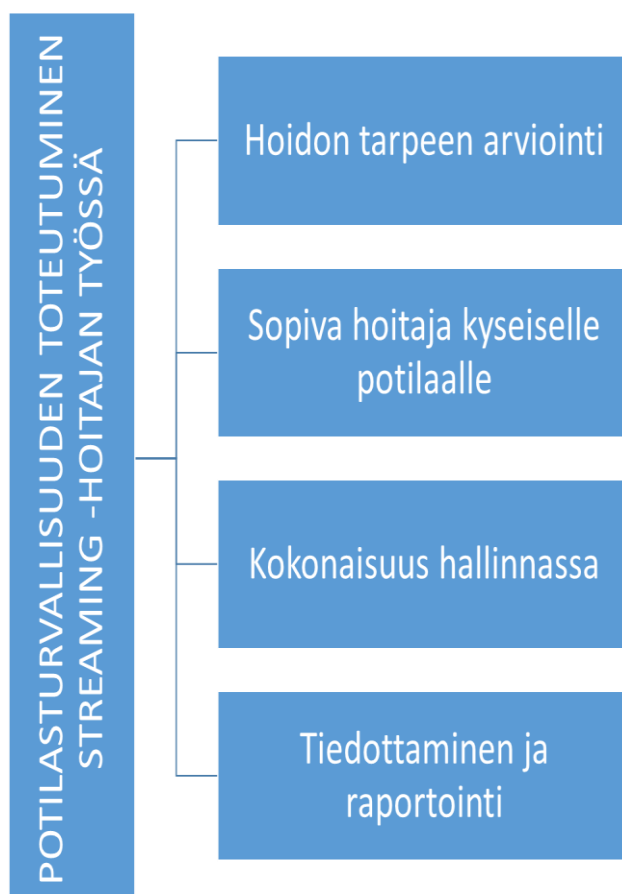
Haastattelussa kävi ilmi, että potilasturvallisuuden kannalta tärkeäksi asiaksi nousi hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi (Kuvio 5). Tällöin osataan valita potilaalle oikea potilaspaikka. Potilas voidaan tarvittaessa sijoittaa lähelle hoitajia, tarkkailupaikalle tai käytävälle.

”Mille paikalle potilas laitetaan, silmän alle vai käytävälle vai tarkkailupaikalle, jos potilas tarvitsee monitoria”

”Kyseiselle potilaalle sopiva hoitaja”

”Myös laboratorion ja röntgenin henkilökunnan tulee olla tietoisia potilaan tilanteesta”

Haastateltavien mielestä tärkeää on, että triagehoitaja valitsee potilaalle sopivan hoitajan. Tämä vaatii triagehoitajalta, että tuntee koko päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan ja heidän vahvuutensa. Haastateltavien mielestä triagehoitajan tulee miettiä kokonaisuutta. Hänen on huolehdittava siitä, että kaikki ammattiryhmät ovat tietoisia potilaan tilasta. Yhden potilaan eristämisellä edistetään muiden potilaiden turvallisuutta ja hoidon toteutusta.



Kuvio 5. Potilasturvallisuuden toteutuminen triage –hoitajan työssä

Haastateltavien mielestä vaaratilanteiden ennaltaehkäisy alkaa siis jo hoidon tarpeen arvioinnista tehdessä (Kuvio 6). Hoidon tarpeen arvioinnin katsottiin olevan nopea kartoitus potilaasta, että saadaan alkutilanne selville. Tämän jälkeen triagehoitaja antaa hoitovastuun jatkavalle hoitajalle. Triagehoitaja luottaa tällöin siihen, että hoitava hoitaja pystyy tekemään ns. sekundaarista arviota potilaasta ja pystyy tulkitsemaan potilaan tilan muutoksia esimerkiksi suureiden avulla. Potilasta hoitavan hoitajan tulee ilmoittaa potilaan muuttuneesta tilasta triagehoitajalle ja lääkärille.

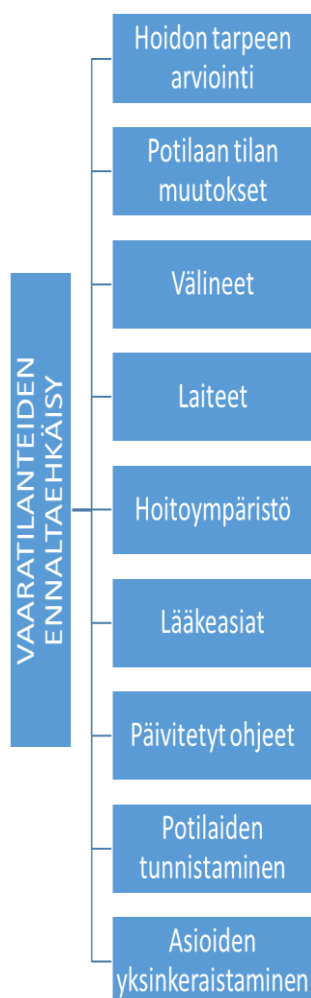
”Tehdään tarvittaessa muutoksia, jos potilaan vointi huononee.”

”Mä pelkään lääkehuoneen kanssa nyt sitä, että tuplatarkistus katoaa.”

”Tuokin on sitä potilasturvallisuutta, että huolehditaan ohjeiden olevan ajantasalla.”

Ennaltaehkäisyyn kannalta merkitystä katsottiin olevan myös, että välineet, laitteet ja hoitoympäristö olisivat kunnossa. Tarkkuutta korostettiin myös lääkeshoidossa. Lapsille lääkkeitä

annettaessa tulee aina tehdä tuplatarkastus. Työssä pidettiin hyvänä sitä, että on aina joku jolta tarvittaessa voi varmistaa lääkeasiat, koska kaikki työskentelevät samassa tilassa. Lääkekaappi on tällä hetkellä kansliassa, jossa kaikki työskentelevät. Nyt yhteispäivystykseen siirryttäessä tulee erillinen lääkehuone. Tämä aiheutti haastateltavissa huolta. Pelätään, että lääkkeiden tuplatarkastus katoaa ja ei tule niin herkästi kysyttyä asioita muilta. Haastattelussa nousi esiin päivitettyjen lääkeohjeiden tärkeys. Pidettiin tärkeänä, että ne päivitetään. Tällöin lääkehuoneessa voi katsoa epävarmaa asiaa kansiosta. Koettiin siis, että potilasohjeiden ajantasaisuus vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Haastattelussa ilmeni myös, että jos asiat tehdään helpoiksi tehdä, niin koettiin sen lisäävän potilasturvallisuutta. Asioiden yksinkertaistamisella vähennetään työn lisäkuormittavuutta ja tällöin hoitajat saadaan sitoutumaan helpommin potilasturvallisuutta edistäviin asioihin.



Kuvio 6. Vaaratilanteiden ennaltaehkäisy triagehoitajan työssä.

Haastattelussa kävi ilmi, että kommunikaatiokatkokset ovat suurimpia vaaratilanteiden aiheuttajia. Kommunikaatio ei siis suju potilasta hoitavien ammattiryhmien välillä (Kuvio 7). Kommunikaatiokatkoja voi olla lääkärin ja hoitajan välillä, hoitajan ja hoitajan välillä sekä

potilaan ja hoivan henkilökunnan välillä. Omaiset voivat olla myös erimieltä asioista kuin potilas. Käytännössä esimerkiksi hoitaja voi saada erilaisen viestin potilaalta kuin lääkäri. Hoitajan ja lääkärin välillä kommunikaatiokatkos voi olla sitä, että lääkäri olettaa hoitajan tietävän.

”Viesti ei mene perille ja pahimmassa tapauksessa voi aiheuttaa potilaan kuoleman.”

”Kun on kirjattu hyvin, niin silloin se on tehty ja kaikki pystyvät sitä tietoa sieltä lukemaan.”

Koettiin ettei raportointi tilanteessa välttämättä välity potilaan todellinen tilanne. Raportointitilanteiden koettiin olevan arkoja potilasturvallisuuden kannalta. Eroa oli sillä puhutaanko suureilla vaiko kuvaillaanko potilaan tilaa sanallisesti. Kerrottaessa esimerkiksi potilaalla olevan lievää hengenahdistusta vaiko sanotaanko saturaation olevan 92. Tässä tapauksessa suure kertoo todellisemman tilanteen. Haastateltavien mielestä kommunikaatiossa täytyy välittää oikeita ja tärkeitä asioita. Haastattelussa kävi myös ilmi, että raportoinnin tulisi tapahtua suoraan hoitavalle hoitajalle, ettei raportti tulisi monen ihmisen kautta. Tällöin on vaarana, että informaatio potilaasta on väärä. Tässä kohtaa asiaa kuvattiin ”rikkonaiseksi puhelimeksi”. Hyvällä kirjaamisella koettiin olevan tässä asiassa suuri merkitys. Hyvällä kirjaamisella voidaan lisätä potilasturvallisuutta, jolloin hoitava henkilökuntakunta voi jollain tavalla minimoida rikkinäistä puhelinta. Jokainen voi lukea potilaskertomuksesta kirjatut tiedot, mitä potilaalle on tehty. Uusilla tietokoneohjelmilla katsottiin olevan lisäävä vaikutus kommunikaatiokatkoksiin, koska kommunikoidaan niiden välityksellä. Lisääntyvällä työnkuvalla tai mil-lä tahansa asialla joka lisää työn kuormittavuutta katsottiin olevan suora vaikutus potilasturvallisuuteen. Esille nousivat myös laiteongelmat sekä lääkevirheet. Niistä ei kuitenkaan sen enempää puhuttu.

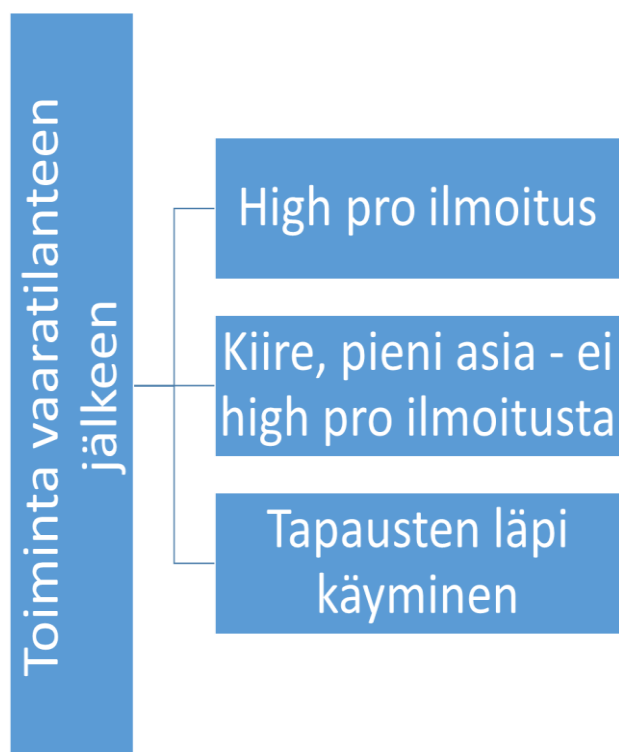


Kuvio 7. Tapahtuneet vaaratilanteet.

Vaaratilanteen jälkeen päivystyspolilla tehdään haipro ilmoitus. Haipro ilmoituksen voi tehdä pienistäkin asioista, mutta haastateltavien mielestä ne jää tekemättä, koska on kiire. Haastattelussa käy siis ilmi, että kiire heijastuu myös potilasturvallisuuteen tätä kautta (Kuvio 8). Haastateltavat kertovat, että useasti tulee vain korjattua virhe ja jatkettua töitä. Ei pysähdytä miettimään, että tämä voisi olla haipro ilmoituksen paikka. Asiaa voidaan pitää myös niin pienenä ettei siitä viitsitä haipro ilmoitusta tehdä. Tällöin muut eivät saa tietää virheestä ja tällöin vaarana on, että seuraava tekee saman virheen. Tapaukset, joista on tehty haipro ilmoitus, käydään lävitse pari kertaa vuodessa. Tällöin asiat käydään läpi ja mietitään mitä niille voisi jatkossa tehdä. Niihin on jo tällöin annettu vastine osastonhoitajan toimesta, koska vastausaika niihin on rajallinen. Haipro ilmoituksia haastateltavat tekevät eniten kommunikaatiokatkoksista sekä lääkevirheistä.

”Sanon vaan, että mun henkilökohtaiset haiproot jää kirjoittamatta kiireen vuoksi. Jos ajattelee, että tästä voisi kirjoittaa haipron, niin on jo 17 muuta asiaa hoidettavana.”

”Kiire heijastuu siis myös siihen ja monesti miettii, että tämä on niin pieni juttu etten edes vaivaudu kirjoittamaan.”



Kuvio 8. Toiminta vaaratilanteen jälkeen.

Haastattelussa käy ilmi, että päivystyspoliklinikalla on ollut potilasturvallisuuskoulutusta (Kuvio 9). Henkilökunta on myös osallistunut kansainvälisille potilasturvallisuuspäiville. Kaikki ovat myös suorittaneet potilasturvallisuustentin, joka sisältää 12 osaa. Se oli pitkä ja pakollinen tentti kaikille. Sairaalassa on pari kertaa lukuvuodessa potilasturvallisuus aamupäivä. Raportoinnista on ollut ISBAR - ja muuta koulutusta.



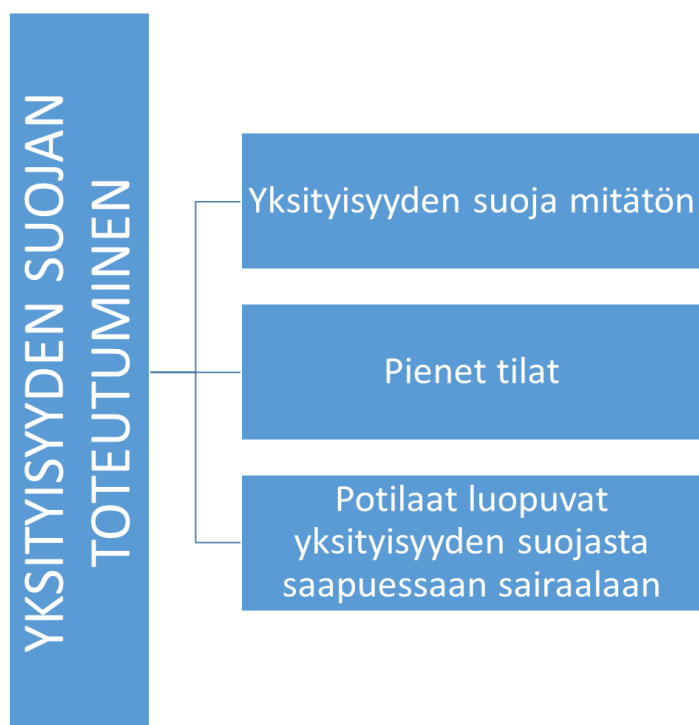
Kuvio 9. Triagehoitajan saama koulutus nykytilanteessa.

Haastattelussa kävi ilmi ettei päivystyspoliklinikan potilailla ole tarpeeksi yksityisyydensuojaa (Kuvio 10). Potilaan tullessa ilmoittautumaan luukulle, yksityisyydensuoja riippuu siitä ymmärtääkö takana oleva potilas pitää väliä vai jonottaako aivan lähellä. Pahimmassa tapauksessa toinen potilas nojailee jo vieressä ilmoittautumistiskiini. Haastateltavat kertovat, että potilaspaikat ovat myös lähellä toisiaan, välissä saattaa olla vain verho. Kaikki puhe kuuluu siis useammalle muulle. Siinä tilanteessa ei auta edes kuiskaaminen, koska väliä on vaan metri tai pari. Tilanteen pelätään menevän vain huonompaan suuntaan, koska yhteispäivystyksen myötä aularakenne muuttuu niin, että potilaat odottavat vuoroaan ilmoittautumisluukun läheisyydessä. Tällöin ihmisiä on paljon pienessä tilassa. Haastattelussa selviää myös ettei sairaalan tiloja käytetä hyödyksi vaan kaikki potilaat odottavat aulassa vuoroaan. Haastateltavat toivoivat, että tiloja olisi käytetty isommin ja pohdittu kuinka potilasturvallisuutta tällöin voitaisiin parantaa. Haastateltavat epäilivät, että ihmisen saapuessa potilaaksi sairaalaan hän luopuu tietyssä määrin yksityisyydestään ja potilasturvallisuudestaan.

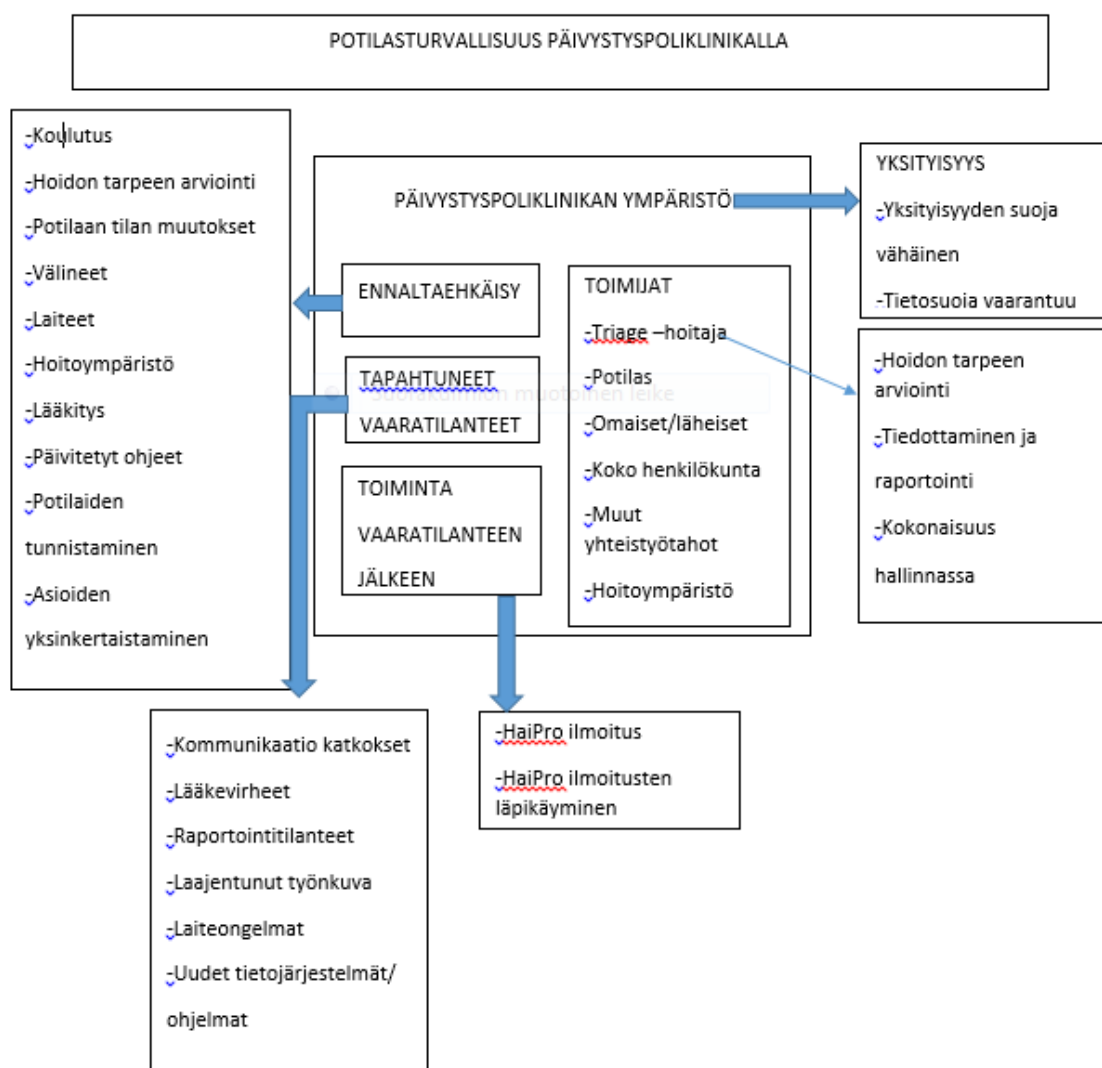
”Kyllähän se ihminen tiedostaa, että luopuu tietyssä määrin yksityisyydestään ja potilasturvallisuudestaan kun tulee sairaalaan.”

”...mennään huonompaan nyt, kun me pakataan nämä ihmismassat vielä pienempään tilaan.”

”Meillä istuu tällä hetkellä aulassa 20 henkeä, niin toukokuun alussa siellä istuu 50 henkeä.”



Kuvio 10. Yksityisyyden toteutuminen triagehoitajan näkökulmasta.



Kuvio 11. Yhteenveto potilasturvallisuudesta päivystyspoliklinikalla

5.2 Yhteenveto kehittämistyön tietoperustasta

Päivystyspoliklinikalle potilaat tulevat epätasaisena virtana. Joidenkin ongelmat vaativat nopeaa hoitoa. Hoitotyö päivystyspoliklinikalla on yleensä lyhytaikaista ja vaatii nopeita päätöksiä (Muntlin ym, 2006, 15). Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan hoitotyössä korostuu äkillisesti sairastuneiden ja loukkaantuneiden potilaiden hoitotyö (Lankinen ym. 2006, 94).

Yhteispäivystys on yleistynyt tapa järjestää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystystoimintaa, virka-ajalla ja etenkin sen ulkopuolella. Yhteispäivystyksessä toimivat terveyskeskuspäivystys ja erikoissairaanhoidon sairaalapäivystys. Ne toimivat usein miten rinnakkain samoissa tiloissa. Tämä mahdollistaa tiiviimmän yhteistyön ja saumattomamman hoidon. (Pitkälä 2006, 4.)

Hoidon tarpeen arviointi eli triage tarkoittaa hoitotyön ammattilaisen tekemää arviota potilaan tarpeesta päästä hoitoon ja sen kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan taata terveydenhuoltopalvelut kuntien asukkaille ja ulkomaalaisille, joille palvelut säännösten tai sopimusten mukaan kuuluvat. Hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen vaihe hoitoprosessissa. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.) Hoitoon pääsyn kriteereitä ovat kiireettömän ja kiireellisen hoitoon pääsyn kriteerit. Kiireelliseen hoitoon potilaan tulee päästä välittömästi, sen mukaan kuin hänen sairautensa tai vammansa vaativat. (Valvira 2011.) Hoidon tarpeen arvioinnin ja dokumentoinnin on tapahduttava hoitotakuulainsäädännön mukaisesti (Syväoja ym. 2009, 17).

Suomessa ei ole yhtenäistä ohjeistusta hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin. Viime vuonna Suomen sairaalat ja terveyskeskukset ovat alkaneet ottamaan käyttöön viisiportaista triage- luokitusta. Se on yleisin potilasluokittelumalli pääkaupunkiseudulla. Potilasluokittelun mukaan A-ryhmän potilaat menevät suoraan erikoissairaanhoidon ja heidän hoitonsa tulisi aloittaa välittömästi. B-ryhmään kuuluvien potilaiden hoito tulisi aloittaa 10 minuutin sisällä. Terveyskeskuspotilaita ovat C- ja D-ryhmiin kuuluvat potilaat. E-ryhmän potilaat eivät kuulu päivystykseen. (Päivystyshanke 2006, 3.)

Suomessa käytetään eniten ABCDE -järjestelmää. Järjestelmästä ei ole julkaistu yhtenäistä ja samoin perustein toimivaa valtakunnallista ohjetta. ABCDE -järjestelmän paremmuudesta ja luotettavuudesta verrattuna muihin triagejärjestelmiin ei ole tutkimustietoa. (Aluehallintovirasto 2013). Malström ym. vuonna 2012 tutkimuksen mukaan tutkimustieto Suomessa käytössä olevasta ABCDE -järjestelmästä on puutteellista. Tutkimukseen perustuva näyttöä ei ole tarpeeksi järjestelmän luotettavuudesta, turvallisuudesta tai toistettavuudesta. Ongelmaksi nousee myös se, että järjestelmää sovelletaan eri päivystyksissä omien ohjeiden mukaan. Hoidon tarpeen arviointiin ja luokitteluun tarvitaan yhtenäinen ohje ja lisäksi henkilökuntaa tulisi kouluttaa. (Malström R ym. 2012, 345-351).

Triagehoitajan päätöksenteosta on niukasti tutkimuksia. Tiedossa on, että tieto ja kokemus ovat pakollisia päätöksiä tehdessä. Ne eivät kuitenkaan pelkästään riitä triagehoitajalle. Triagehoitajan tulee osata myös luottaa vaistoihinsa. Se on tärkeä piirre tunnistettaessa korkean riskiluokan potilaita. Kokematon hoitaja ei luota samalla tavalla vaistoihinsa. (Gilboy ym. 2005, 27.)

Potilasturvallisuutta pidetään olennaisena osana laadukasta terveydenhuoltoa ja sillä tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien henkilöiden toimia. Toimien tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumiselta. Hyvää kliinistä osaamista pidetään potilasturvallisuuden perustana. Potilasturvallisuutta tukee hyvä koulutus sekä vastuullinen ja ammatillinen osaaminen. Tärkeäksi osaksi on myös muodostunut avoin työyhteisö, jossa vir-

heistä pyritään keskustelemaan ja sitä kautta parantamaan potilasturvallisuutta. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 8-12.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) määrittää, että potilasasiakirjoihin on kirjattava potilaan hoidon järjestämisen, toteuttamisen, suunnittelun ja seurannan turvaamiseksi tarvittavat tiedot. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009/298) mukaan potilasasiakirjoihin täytyy tehdä merkintä jokaisesta palvelutapahtumasta. Palvelutapahtumia koskevista tiedoista pitää tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnointi, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Potilaan hoitoon osallistuneet henkilöt täytyy pystyä selvittämään tarvittaessa jälkikäteen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298.)

5.3 Uuden toimintavan rakentaminen

Kyselylomakkeiden ja ryhmähaastattelun tuloksia esiteltiin henkilökunnalle elokuussa 2015. Tämän jälkeen henkilökunnalle annettiin kyselylomake. Lomakkeella pyrittiin selvittämään tutkimuksissa nousseista aiheista tärkein kehittämiskohde. Henkilökunta oli kuitenkin kiireistä, joten vastauksia ei saatu. Tämän jälkeen päätettiin apulaisosastonhoitajan kanssa yhdessä kehitettävä osa-alue. Kehittämistyötä olen jatkanut yksin jo olemassa olevien resurssien pohjalta. Toimintatapaa suunnitella on otettu huomioon päivystyspoliklinikalle tehty kyselylomakkeiden ja ryhmähaastattelun vastaukset. Potilastietojärjestelmään tulee usein päivityksiä. Ne tulevat osaltaan muuttamaan hoitotyön kirjaamista päivystyspoliklinikalla. Päivystyspoliklinikalla pyritään paperittomuuteen. Nyt ollaan luopumassa päivystyksen potilaskansioista. Tällä hetkellä potilaat ilmoitetaan ja kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään sekä lisäksi kirjoitetaan käsin seinällä olevalle taululle. Tästä taululle kirjaamisesta sekä turhista papereista pyritään luopumaan ja siirtymään kokonaan sähköiseen toimintaan.

6 Triagehoitajan toimintatapa ja sen juurruttaminen

Potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueiksi muodostui kyselylomakkeen ja ryhmähaastattelun perusteella seuraavat asiat:

1. Hoidon tarpeen arviointi
2. Kommunikointi, kirjallinen ja suullinen
3. Vaaratilanneilmoitukset (HaiPro)
4. Koulutus

Nämä kaikki ovat suuria kokonaisuuksia, joten kaikkia ei ole nyt mahdollista lähteä kehittämään. Kehittämisen kohteeksi valittiin hoidon tarpeen arvioinnin kirjaaminen.

Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu heti potilaan tullessa päivystyksen luukulle. Tällä hetkellä triagehoitajalle ei ole omaa tilaa, vaan arviointi tapahtuu hienovaraisuutta käyttäen luukulla. Potilaat usein kuulevat toistensa asiat. Jos kyseessä on kiusallinen vaiva, voi hoitaja ottaa potilaan johonkin vapaana olevaan tutkimushuoneeseen pikaiseen haastatteluun, että osaa ohjata potilaan oikeaan hoitolinjaan. Triagehoitaja käyttää hoidon tarpeen kiireellisuuden arviointiin aikaa 3-5 minuuttia. Triagehoitajalla on tarvittaessa mittarit käytössään; lämpö-, saturaatio- ja verenpainemittarit.

Kehittämiskohteena olevassa päivystyksessä on käytössä viisiportainen hoidon tarpeen arviointi menetelmä, ADCDE -järjestelmä. Tätä järjestelmää tuodaan nyt kirjaamisen avulla näkyvämmäksi. ABCDE -järjestelmästä on tehty suppeampi ja karkea versio ylilääkärin toimesta. Lisäksi päivystyksen henkilökunta on tuottanut oman version ABCDE -järjestelmästä päivystyspoliklinikan käyttöön ylilääkärin ohjeen mukaisesti.


Triagehoitaja tekee hoidon tarpeen kiireellisuuden arvion ABCDE -järjestelmää käyttäen. Tulotietoihin tulee ilmoittautumisen yhteydessä kirjata kiireellisyysluokka sekä potilastietoihin tulosyyn kohdalle kuvaileva teksti potilaasta. Tällöin muut hoitajat ja lääkärit näkevät heti potilaan tulosyyn tarkemmin, vaikka triagehoitaja ei ehtisi heti antamaan suullista raporttia. Luokitus näkyy heti ilmoittautumislistalla. Vastaanottava hoitaja voi tarvittaessa nostaa tai laskea luokitusta. Tällöin myös lääkärit näkisivät potilaiden kiireellisuuden. Tämä yhtenäistäisi triagehoitajien käytänteitä ja lisäisi potilasturvallisuutta.

Tämän jälkeen triagehoitaja tekee päätöksen mihin hoitolinjaan potilas kuuluu. Triagehoitajan olisi hyvä tuntee henkilökunta ja heidän vahvuutensa. Potilas jolla on esimerkiksi murtuma epäily, tulisi raportoida mahdollisesti suoraan hoitajalle, joka on kipsaustaitoinen. Tällöin potilas olisi päivystyksessä ollessaan koko hoidon ajan tekemisissä saman hoitajan kanssa.

Triagehoitajan työparina työskentelee sihteeri, joka tarkastaa potilaan henkilötiedot ja kirjaa potilaan päivystyspoliklinikan potilaaksi. Ilmoittamisjärjestelmästä löytyy kohta varaustyyppi, johon on mahdollista määritellä päivystyspoliklinikan triage -ohjeiden mukaisesti potilaan hoidon tarpeen kiireellisyys ABCDE -järjestelmää käyttäen (Kuva 1).

☒ Käynti ☐ Hoitojakso: Vast.ott.toimipiste: XXXXXXXXXX

Ilmoittautuminen Poistuminen

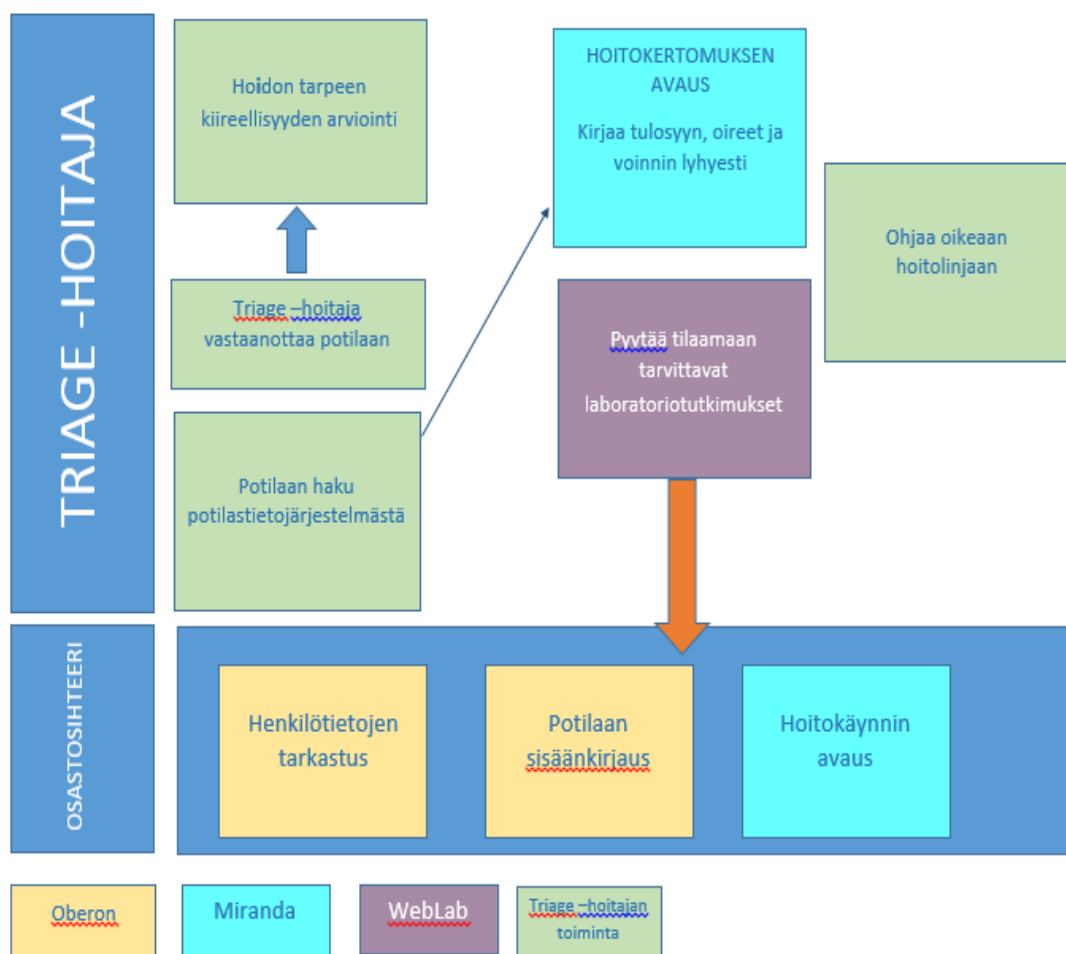
Perustiedot
 Tulopäivä: LA 21.11.2015 
 Kävijäryhmä: Yksilökäynti
 Resurssi:
 Ilm.aika: 14:16 Vo.aika:
 Ilm.paikka:
 Käyntityyppi: Päivystys
 KT-tarkenne:
 Potilaan eala:
 Varaustyyppi:
 KH-perusteet: Ei ole ki
 Hoitoprosessi: Atriage, Btriage, Ctriage, Dtriage, Etriage, Historia
 Huone ja vuode:
☐ Salataan Huom.:
 Huomautukset: NBCEi tietoaPo, NBCKeltainenPo
 >ILM
 Tulosyy, jatkoahoito, huom. tms:

Laskutus
 Maksuluokka:
 As.maksaja: Itse
 Maksaja: XXXXXXXXXX
☐ Maksusit. raj. ☐ Päiväkirurgia ☐ Vapaakortti
☐ Tapaturma ☐ Tiede-/opetuspot.
☐ Läheteellä Mistä:
 Tulosyy:
 Mistä tullut
 Laitos/toimipiste:
 Mistä tuli*: Koti
 Hoitoon tulosyy*: SOMAATT.SAIR.TUTK.
 Hoivan tarve:

Kuva 1. Päivystyspoliklinikan potilastietojärjestelmän näkymä ilmoittautumisesta

ABCDE -luokitusjärjestelmää käytettäessä voidaan tarkastella kuinka paljon päivystyspoliklinikalle on tullut mihinkin luokkaan kuuluvia potilaita. Cressida -järjestelmästä voidaan seurata kävijä määriä ja luokituksia.

Triagehoitajan tulisi myös kirjata potilaasta tuloteksti. Tekstistä tulisi ilmetä potilaan tulosyy, oireet sekä sen hetkinen vointi. Tulotekstin kirjaamista kuvataan kuviossa (Kuvio 12). Kuviossa tulee esille Triagehoitajan ja osastonsihteerin toimenkuvat sekä käytetyt tietojärjestelmät.



Kuvio 12. Triagehoitajan ja osastosihtteerin toiminta päivystyspotilaan ilmoittautuessa.

Potilaan tullessa päivystyspoliklinikalle triagehoitaja ottaa potilaan vastaan ja tekee hoidon tarpeen kiireellisyyden arvion (Kuva 12). Potilas antaa henkilötiedot, jolloin triagehoitaja pääsee tarkastelemaan tarvittaessa terveystietoa hoitokertomuksista. Samaan aikaan osastosihtteeri tarkastaa henkilötiedot ja aloittaa sisään kirjaamisen. Triagehoitaja täyttää päivystyksessä jo käytössä olevan ”sisään kirjaus lomakkeen”, joka toimii viestilomakkeena triagehoitajan ja osastosihtteerin välillä. Siinä ilmenee erikoisala, sijoituspaikka, kiireellisyys ja tilattavat laboratoriotutkimukset. Tämän jälkeen sihtteeri jatkaa potilaan sisään kirjaamista, avaa hoitokäynnin ja tilaa pyydetyt laboratoriotutkimukset. Tilattavista laboratoriotutkimuksista päätöksen tekee triagehoitaja ja pyytää sihtteeriä tilaamaan tutkimukset. Triagehoitaja ohjaa potilaan oikeaan paikkaan ja tarvittaessa raportoi suullisesti vastaanottavalle hoitajalle. Tämän jälkeen triagehoitaja kirjaa lyhyen tulotekstin ABCDE -järjestelmän tueksi. Potilaan hoitoa jatkava hoitaja näkee heti potilaan kiireellisyyden sekä kuvailen tekstin. Tulotekstin kirjaaminen helpottaa myös lääkärin työtä. Tulotekstin kirjaaminen vähentää myös suullisen raportoinnin tarvetta. Suullinen raportointia käytetään edelleen sitä vaativissa tilanteissa. Triagehoitaja vastaanottaa päivystykseen kävelen tulevat potilaat. Ambulanssilla tulevat potilaat vastaanottaa vastaavahoitaja. Sama käytäntö koskee myös vastaavaa hoitajaa.

Ambulanssilla tulevista potilaista suullisen raportoinnin antaa ensihoitohenkilökunta potilaan hoitoa jatkavalle hoitajalle.

Kuviossa (kuvio 12) on nähtävissä tulovaiheessa tarvittavat tietojärjestelmät. Potilaiden henkilötiedot löytyvät Oberonista. Oberonin kautta tapahtuu myös potilaan sisään kirjaus. Mirandasta avataan hoitokertomus ja sinne kirjataan tuloteksti. WebLabin kautta tilataan tarvittavat laboratoriotutkimukset. Triagehoitaja tarvitsee näistä ohjelmista suoraan vain Mirandaa ja Oberonia. Osastonsihteerin poissaollessa triagehoitaja hoitaa yksin koko kuviossa (kuvio 12) kuvatun prosessin.

The screenshot shows a web-based medical application interface. At the top, there's a section for selecting the date and time of the visit, with a dropdown menu showing 'Käynti, 03.12.2015, , POPPKL, YLE'. To the right are buttons for 'Lisää päivä/käynti', 'Poista päivä/käynti', 'Siirrä päivä/käynti', and 'Tulosta'. Below this is a section for patient information, including 'Hoitokertomus: YLE, 03.12.2015-, Vatsavaivaa', 'Huone/vuode:', 'Hoidon aihe: Vatsavaivaa', 'Omahoitaja:', and 'Hoitava lääkäri:'. There's a 'Muokkaa...' button. Below the patient info is a section for 'Hoitopäivän/käynnin merkinnät' (Notes for the day/visit), with a 'Lajittelujärjestys' (Sorting order) dropdown set to 'Otsikko' (Title). The main part of the interface is a table titled 'Päivystyspotilaan hoito' (Emergency patient care) with a sub-header 'TULOTILANNE' (Intake Status). The table has two columns: 'Tulosyy' (Reason for admission) and 'Esitiedot' (Background information). The first row shows '19:44' in the first column and 'Tulosyy:' in the second. Below the table is a large empty text area for notes. At the bottom, there's a timestamp 'Tiedot haettu esille: 03.12.2015 19:57' and buttons for 'Lisää merkintä' (Add note), 'Lisää merkintä valitulle otsikolle' (Add note to selected title), 'Lisää otsikoita' (Add titles), and 'Muokkaa' (Edit).

Kuva 2. Näkymä poilaan tulotilanteen kirjaamisesta

Triagehoitaja kirjaa tulotekstin hoitokertomukseen (kuva 2) Hoitokertomuksen on sihteerin avannut valmiiksi. Triagehoitaja hakee potilaan Oberonin tai Mirandan ilmoittautumisluelestosta. Triagehoitaja avaa kyseisen päivän hoitokertomuksen ja valitsee otsikoksi tulotilanne. Tulotilanne on pääotsikko. Alaotsikoiksi valitaan tulosyy, esitiedot ja tila tarvittaessa. Näiden otsikoiden alle kirjataan lyhyesti potilaan tuloteksti. Triagehoitaja kirjaa myös mahdollisesti ottamansa vitalit. Tässä kohtaa voisi myös selvittää mahdollisuutta saada tulotekstille oma otsikonsa. Otsikoksi ehdottaisiin triagea. Tällöin hoitoa jatkavan hoitajan olisi helpompi jatkaa kirjaamista.

Voimakkaita muutos- ja kehittämispaineita kohdistuu sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmiin ja palveluihin, kuten hoitoon, hoivaan ja huolenpitoon. Muutos- ja kehittämispaineet kohden-
 tuvat hoitotyön käytäntöön, koulutukseen, hallintoon ja johtamiseen. (Lammintakainen &
 Kinnunen 2006.) Hoitotyön johtajuudessa tarvitaan osajia, joilla on kykyä ja halua kehittää
 hoitotyön johtajuutta osana terveydenhuollon kokonaisuutta (Simoila 2004, 12).

Muutos, kehittäminen ja muutosjohtaminen ovat tämän päivän keskeisiä käsitteitä julkishal-
 linnossa. Niiden eteen tehdään paljon työtä, niistä puhutaan ja odotukset ovat korkealla. Eri-
 tyisesti kuntasektorilla on koettu paljon muutoksia ja edelleen ollaan suurten muutospainei-
 den edessä. Muutoksen toteuttaminen asettaa johtamiselle erityisiä vaatimuksia ja haasteita.
 Muutoksen kohteena voi olla esimerkiksi toiminta ja siihen liittyen esimerkiksi palvelut ja
 tuotteet sekä niihin vaikuttavat järjestelmät ja toimintatavat. (Stenvall & Virtanen 2007, 24.)

Johtamisosaamisella ja muutosjohtamisosaamisella tarkoitetaan tässä yhteydessä niitä tietoja
 ja taitoja, joita osastonhoitaja tarvitsee työssään ja sitä teoreettista pohjaa, johon hän nojaa
 päätöksenteossaan. Niihin sisältyvät koulutuksessa ja kokemuksen kautta hankitut tiedot sekä
 taidot. (Vanhala, Laukkanen & Koskinen 2002, 62.)

Uuden toimintatavan juurruttaminen aloitetaan päivystyspoliklinikalle apulaisosastonhoitajan
 ja kehittämistyöntekijän toimesta. Toimintatapaa siirretään käytäntöön. Tietoa uudesta toi-
 mintatavasta triagehoitajien lisäksi tulisi saada koko hoitavalle henkilökunnalle sekä lääkäreil-
 le. Näin uusi toimintatapa hyödyttäisi koko henkilökuntaa ja mahdollistaisi sen käytön. Triage-
 hoitajille ja muulle hoitohenkilökunnalle tieto uudesta toimintatavasta esitellään osastoko-
 kouksessa. Lääkäreille tieto menee kirjallisesti, koska lääkäreiden kanssa ei ole yhteiskokouk-
 sia. Poissaolijoille muut esittelyssä mukana olleet voivat kertoa uudesta toimintatavasta. Li-
 säksi koko henkilökunnalle lähetetään sähköposti. Kehittämissuunnitelma kyselylomakkeista
 ja ryhmähaastattelusta saadut tulokset ovat esitelty henkilökunnalle elokuussa 2015.

Kehittämishankkeiden tuloksia voidaan esitellä erilaisissa hankeseminaareissa ja hanketta ku-
 vaavissa raporteissa. Tieteellisissä lehdissä ja seminaareissa voidaan esitellä tutkimustuloksia.
 Näiden perinteisten välineiden oheen on tullut uudenlaisia välineitä tulosten levittämiseen.
 Oppimisverkostot soveltuvat hyvin jatkokehittelyä edellyttävien ideoiden levittämiseen. Op-
 pimisverkostojen avulla voidaan tuloksia muokata uusiin toimintaympäristöihin soveltuviksi.
 (Rantanen & Toikko 2009, 85.)

Oppimisfoorumit voivat olla avoimia kehittämisfoorumeita. Niillä voidaan myös tarkoittaa tie-
 tyille toimijoille tarkoitettuja yhteisprojekteja. Oppimisverkoston rakenteeseen usein liite-
 tään kehittämistoimintaan asiantuntijoita ja tutkijoita. Heidän tehtävänä on tukea oppi-

misverkoston työtä. Asiantuntijat ja tutkijat tarkkailevat oppimisverkoston toimintaa ja tekevät sille avauksia tai ehdotuksia omasta näkökulmastaan. (Rantanen & Toikko 2009, 88.)

Tilastollisesti päivystyspoliklinikan käyntejä voi seurata Cressida -järjestelmästä. Sieltä voidaan nähdä kuinka paljon ABCDE -luokituksen mukaisia käyntejä on päivystyksessä. Ne voidaan katsoa päivä-, viikko-, kuukausi- tai vuositasolla. (Kehittämiskohteena olevan sairaalan omat tiedostot 2015).

7 Kehittämistoiminnan arviointi ja vaikuttavuus

Tämän kehittämistyöntarkoituksena oli yhdenmukaistaa triagehoitajien toimintaa ja kohottaa potilasturvallisuutta päivystyspoliklinikalla. Tavoitteena oli tarkastella päivystyksen triagehoitajan hoidon tarpeen arvioinnin vaikutusta potilasturvallisuuteen. Uutena toimintatapana syntyi ohje tulotekstin kirjaamiseen. Tulotekstin kirjaamisen myötä myös potilasturvallisuus kohoaa. Kehittämistyön tuotoksena syntyneitä uutta toimintatapaa juurrutetaan päivystyspoliklinikalle pikku hiljaa. Kehittämistyöntekijä itse työskentelee päivystyspoliklinikalla, joten hän vie tietoa eteenpäin yhdessä apulaisosastonhoitajan kanssa. Uutta toimintatapaa on jo ollut nähtävissä myös käytännössä. Uuden toimitatavan juurruttaminen jatkuu päivystyspoliklinikalla edelleen.

7.1 Uuden toimintatavan arviointi

Päivystyspoliklinikan kehittämistyön tuloksia arvioivat kehittämistyöntekijä sekä apulaisosastonhoitaja. Arvioinnissa käytettiin tukena kyselylomaketta. (Liite 3.) Arviointilomake on muokattu eNNI-Hankeessa 2008-2010 tuotetusta arviointikyselystä. (eN-NI-Hanke 2008-2010. Kehittämistyön arviointilomake.)

Lomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin arvioimaan kuinka paljon työryhmä on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella. Kehittämiskohteena oli triagehoitajan tulotekstin kirjaaminen, jota ei ole aiemmin tehty. Triagehoitajista osa jo kirjaa tulotekstin potilaille. Kiireiset päivät vähentävät kirjaamista.

Toisessa kysymyksessä selvitettiin, kuinka paljon työyhteisösi on osallistunut työryhmän tuottaman uuden toimintamallin työstämiseen. Henkilökunta osallistui kyselylomakkeiden ja haastattelun muodossa nykytilan kuvaukseen, jonka pohjalta uusi toimintatapa on kehitetty. Uuden toimintamallin työstämiseen ei työyhteisöllä työkiireiden vuoksi ollut mahdollisuutta osallistua. Uuden toimintamallin on kehitellyt kehittämistyöntekijä yksin ja esitellyt työyhteisölle.

Arviointilomakkeen kolmannessa kysymyksessä kysyttiin, miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi. Uutta toimintamallia on mahdollista käyttää työyhteisössä. Se vähentäisi suullisen raportoinnin tarvetta sekä lisää potilasturvallisuutta. Triagehoitajan kirjaaminen on ollut vähäistä, joten se lisää myös hoitajan turvallisuutta. Monelle hoitajalle on varmasti jäänyt mieleen sanonta: ” Se mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty”. Triagehoitaja kirjaamisellaan todentaa, että hoidon tarpeen kiireellisyden arviointi on tehty.

Lomakkeen neljännessä kysymyksessä kysyttiin, minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta on voitu kehittää triagehoitajan toimintaa. Kehittämistyön nykytilan kuvauksen kautta nousi useita kehittämisehdotuksia. Tässä kehittämissyydessä tärkeimmäksi nousi triagehoitajan hoidon tarpeen kiireellisyyden kirjaaminen. Muita kehittämisehdotuksia olivat muun muassa HaiPro -ilmoitukset, koulutus sekä suullinen raportointi.

Viidennessä kohdassa selvitettiin, kuinka paljon kehittämistoiminta on parantanut triagehoitajan kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta. Tällä hetkellä tulotekstin kirjaamista vasta juurrutetaan työyhteisöön. Kirjaamistavat vaihtelevat vielä. Suullisen raportoinnin tarve vähenee huomattavasti, jos triagehoitaja kirjaa tulotekstin. Tällöin ei tarvitse soittaa tai käydä raportoimassa jokaisesta potilaasta erikseen hoitoa jatkaville hoitajille. Uusi toimintamalli vähentää huomattavasti triagehoitajan askeleita. Lääkäreidenkään ei tarvitse tulla kysymään triagehoitajalta jokaisesta potilaasta erikseen, vaan voivat lukea tulotekstin.

Lomakkeen kuudennessa kohdassa mietittiin, kuinka paljon uskotaan työryhmän työskentelyn tuottaman toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä. Tällä hetkellä osa triagehoitajista käyttää uutta toimintamallia. Uuden toimintamallin uskotaan tulevan vahvasti mukaan joka päiväiseen työskentelyyn. Aluksi on varmasti hankaluuksia, koska koetaan sen vievän liikaa aikaa. Kirjaaminen tulee kuitenkin jatkuvasti sujuvammaksi, kun sitä tekee päivittäin. Uudesta toimintamallista tulisi vielä puhua esimerkiksi osastokokouksessa, joita pidetään joka viikko.

Tämän kehittämistyön vaikuttavuus päivystyspoliklinikalla on suuri. Triagehoitaja ei ole aiemmin kirjannut potilaista tulotekstejä. Kirjaamisella pystytään todentamaan, että hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi on tehty. Potilaan hoitoa voidaan arvio alusta loppuun, hoidon tarpeen arvioinnista loppulausuntoon. Jos hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin kirjaaminen jätetään tekemättä, niin tällöin ei tiedetä potilaan vointia tulotilanteessa, eikä pystytä vertaamaan sen hetkistä vointia tulotilanteeseen. Kirjaamisella lisätään merkittävästi potilasturvallisuutta. Kirjaamisella myös hoitaja pystyy selkeästi todentamaan tekemänsä arvion ja tarvittaessa todistamaan tekemänsä. Moniammatillisesti katsottuna tulotekstin

kirjaamisella on myös merkitystä. Lääkäri voi lukea tulotekstin koneelta, jos haluaa lisätietoa potilaan tulotilanteesta. Lääkärille on myös hyötyä ABCDE -luokituksesta. Luokitus antaa tietoa kuinka nopeasti potilaan hoito on aloitettava. Tällöin hoitajan ei tarvitse mennä kertomaan jokaisesta potilaasta erikseen lääkäreille tai lääkärin tulla kysymään lisätietoja potilaasta. Suullista raportointia tarvitaan edelleen sitä vaativissa tilanteissa. Potilaan näkökulmasta tulotekstillä ja ABCDE -luokituksella on myös merkitystä. ABCDE -luokituksella on määritellään kuinka nopeasti potilas pääsee hoitoon ja mihin hoitolinjaan potilas ohjataan. Väärin luokiteltu potilas saattaa joutua odottamaan hoitoa liian kauan tai hoito aloitetaan väärällä hoitolinjalla. Tällöin potilasturvallisuus heikentyy. Vaaratilanteiden ennaltaehkäiseminen tulee tämän kehittämistyön myötä paranemaan, koska potilasturvallisuuteen tullaan kiinnittämään enemmän huomiota. Vaaratilanneilmoituksia tehdään tällä hetkellä liian vähän kiireen vuoksi. Toivottavaa olisi, että tämän prosessin myötä vaaratilanneilmoitusten tekeminen lisääntyisi. Tätä kautta voidaan lähteä kehittämään potilasturvallisuutta oikeaan suuntaan koko työyhteisössä. Potilasturvallisuuden kehittäminen tuo lisää turvaa potilaille, heidän omaisilleen ja läheisilleen sekä heitä hoitaville tahoille.

Toimialakohtaisesti kehittämistyöllä on myös vaikutusta. Toivottavaa olisi, että hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia ohjeistettiin kansallisella tasolla. Tällöin käytänteet päivystyksissä yhtenäistyisivät. Tällöin potilaan tullessa päivystykseen hoidon tarpeen arviointi tapahtuisi samalla lailla eri päivystyksyksiköissä. Tämä nostaisi potilasturvallisuuden samalla tasolle eri yksiköissä. Tällä hetkellä päivystyksissä hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnissa käytetään eniten ABCDE -luokitusta ja -menetelmää, mutta jokainen päivystyksyksikkö on muokannut siitä omiin tarpeisiinsa sopivan. Tämä tekee käytänteistä kirjavaa. Päivystyksen kirjaamista tulisi myös yhtenäistää. Tämän tekee haasteelliseksi erilaiset potilastietojärjestelmät. Yhden potilastietojärjestelmän saavuttaminen on hankalaa, mutta Kanta-järjestelmä mahdollistaa tiedon keräämisen yhteen paikkaan. Potilaan siirtyessä päivystyksestä toiseen tai toisen sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolle ovat tiedot viiveettä käytettävissä. Tällä pystytään takaamaan, että potilaan tiedot kulkevat potilaan mukana.

Globaalilla tasolla hoidon tarpeen kiireellisyyden luokitusta päivystyksissä voitaisiin toteuttaa ABCDE -luokituksella ja -menetelmällä. Kirjaimien merkitystä tulisi täsmentää. Tällöin kielellä ei olisi väliä, koska kaikille kirjaimet merkitsisivät samaa hoitoisuutta. Tälläkin hetkellä tätä pystyttäisiin toteuttamaan ABCDE -menetelmällä, koska kirjaimet määrittelevät mitä tutkitaan. Kuvailevan tekstin tuottamisen yhdistäminen olisi työlästä, koska täytyi löytyä kaikille yhteinen kieli. Potilastietojärjestelmien yhteen saattaminen globaalisti on varmasti tulevaisuudessa mahdollinen, mutta tällä hetkellä se ei ole mahdollista.

ABCDE -menetelmän toimiessa organisaatiossa, kansallisella sekä globaalilla tasolla hoidon tarpeen arviointi saataisiin samalle tasolle ympäri maailman. Kehittämistyön näkökulmasta jo

organisaatio ja kansallisella tasolla yhteensovittaminen toisi paljon arvokasta tietoa kehittämistyölle. Tällöin hoidon tarpeen arviointia voitaisiin kehittää yhteistyössä ja löytää parhaat mahdolliset toimintatavat.

7.2 Eettisyys kehittämistoiminnassa

Eettisyys kehittämistyössä tulee huomioida jo aihetta valittaessa. Aiheen valintaan vaikuttavia tekijöitä voivat olla yhteiskunnallinen merkittävyys, toteutuksen helppous tai muodonmuokaus. Kehittämistyöntekijän on mietittävä, kenen ehdoilla aihe valitaan tai miksi kehittämistyöhön ryhdytään. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Tämän kehittämistyön aiheen valintaan vaikutti yhteispäivystykseen siirtyminen. Potilasmäärät lisääntyvät yhteispäivystykseen siirtymisen myötä, joten potilasturvallisuus ja sen kehittäminen koettiin tarpeelliseksi. Triagehoitaja on merkittävässä osassa tehdessään potilaan hoidon tarpeen arvioita.

Kaikessa ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä tulee korostaa humaania ja kunnioittavaa näkökulmaa. Ihmisen yksityisyyttä on kunnioitettava ja suojeltava. Tutkimuksessa voi nousta esille arkaluonteisia asioita, joten aineistoa on säilytettävä huolellisesti. Aineistoa voidaan käsitellä ja käyttää, mutta julkaisemiseen täytyy kysyä lupa tutkimuskohteen jäseniltä. Luvan kysyminen on hyvä tehdä ennen käsikirjoitusvaihetta. (Vilka 2006, 113.) Tässä kehittämistyössä eettisyys merkitsee annetuista lupauksista kiinnipitämistä työyhteisölle, esimiehille sekä kehittämistyöhön osallistuville.

Eettisyyden varmistamiseksi on muistettava hyvä tieteellinen käytäntö. Tällä varmistetaan tutkimukseen osallistuvien henkilöiden ja ryhmien anonymiteetti. Tärkeää on myös kunnioittaa ihmisarvoa. Kirjoitettaessa tekstiä on vältettävä epäkunnioittavaa, yksipuolista, tirkistelevää, halventavaa sekä mustamaalaavaa kirjoittamistapaa. (Vilka 2006, 115.) Kehittämistyön nykytilanteen kuvaus kerättiin kyselylomakkeilla ja ryhmähaastattelulla. Lomakkeet palautettiin nimettöminä palautuslaatikkoon. Näin varmistettiin tunnistamattomuus. Ryhmähaastattelutilanteessa säilytettiin myös tunnistamattomuus.

Kehittämisen tulee perustua eettisesti kestäviin päätöksiin. Päätösten tulee olla realistisessa suhteessa todellisuuteen ja voimavaroihin. Kehittämistyössä tapahtuva eettisten näkökohtien arviointi ei tule olla vain ammattilaisten vastuulla. potilaiden, asiakkaiden ja opiskelijoiden eettistä näkökulmaa tulee arvostaa. Kaikilla osapuolilla on oikeuksia ja velvollisuuksia eettisten periaatteiden mukaisesti. (Etene 2011, 32.) Tässä kehittämistyössä otettiin huomioon triagehoitajan voimavarat ja mahdollisuudet. Kehitettävä aihe rajattiin hyvin sekä mahdolliseksi toteuttaa käytännössä. Henkilökunnan aikaa kehittämistyössä pyrittiin käyttämään maltillisesti työkiireiden ja muutosten vuoksi.

Vuorovaikutus nähdään yhteisen kehittämisen yhtenä keskeisimpänä työvälineenä. Juurruttamisessa nähdään tärkeäksi sitoutuminen sovittuihin tavoitteisiin. Tässä menetelmässä on tärkeää ”me-hengen” syntyminen. Se syntyy osallistumalla sekä sitouttamalla toimintaan. (Ahonen ym. 2012, 18, 23.) Tässä kehittämistyössä on pyritty pitämään henkilökunta kehittämistyön jokaisessa vaiheessa mukana ja näin lisäämään osallistumista. Kehittämistyötä on esitelty henkilökunnalle sen erivaiheissa ja heillä on ollut mahdollisuus vaikuttaa.

Uuden toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön tapahtuu opiskelijoiden ja henkilökunnan välisenä toimintana. Opiskelijoiden osallistuessa juurruttamisen menetelmään, tulee olla tietojen luottamuksellisuuteen kiinnittää erityistä huomiota. (Ahonen ym. 2012, 21.)

7.3 Kehittämistyön arviointi

Oppimisen kannata on tärkeää arviointitieto. Arvioinnissa tulevat esiin kehittämisprosessin kulku sekä toimintatapojen tarkasteleminen. Yksilölle, projektiryhmälle sekä koko organisaatiolle kehittämisprosessiin osallistuminen voi olla oppimiskokemus. Arvioinnin tulisi olla ”hedeellinen kasvualusta” ja tuottaa virikkeitä oppimiselle. (Seppänen-Järvelä 2004.)

Kehittämistyötä tehdessä keskeisin eettinen periaate on tutkimustulosten paikkansa pitävyys ja voidaanko niitä yleistää ja julkaista. Kehittämistyöntekijän tulisi kehittämistyön loppuun saakka kyseenalaistaa tulosten luotettavuus sekä yrittää todistaa kehittämistyön virheellisyys. Jos tutkimustuloksia ei haluta julkaista, niin on todennäköistä, että tulokset ovat virheellisiä eikä niitä pidetä luotettavina. (Mäkinen 2006, 102.) Tässä kehittämistyössä kehittämistyöntekijä ei ensin kuulunut työyhteisöön. Työn puolivälissä kehittämistyöntekijä alkoi työskennellä työyhteisössä. Kyselyt tehtiin ennen työskentelyn aloittamista, joten omat mielipiteet eivät näy kyselyiden vastauksissa eikä vastaajien henkilöllisyyttä ole mahdollista jäljittää.

Hankkeen lopussa suoritettavan arvioinnin tarkoituksena on osoittaa, kuinka kehittämistyössä onnistuttiin. Tiedonkeruuta ja kerätyn tiedon analysointia on tapana käyttää arvioinnissa. Arvioinnissa tulee keskittyä kehittämiskohteen mahdollisuuksiin, muutosprosessiin ja lopputuloksiin. Arvioinnissa voidaan käyttää kriteerinä muun muassa lopputuloksen merkittävyyttä, yksinkertaisuutta, helppokäyttöisyyttä ja soveltuvuutta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 47.)

Tämä kehittämistyö on ollut kokonaisuudessaan pitkä ja monivaiheinen prosessi. Olen itse kasvanut tämän prosessin aikana ammatillisesti sekä ihmisenä. Työn oli tarkoitus valmistua keväällä 2015, mutta päivystyspoliklinikan muutosten ja omien kiireiden vuoksi työn valmistuminen viivästyi. Aihe oli mielenkiintoinen, koska itsekin työskentelen triagehoitajana ja ha-

luan kehittyä ammatissani sekä kehittää työpaikkaani. Toivon, että tästä kehittämistyöstä on hyötyä koko työyhteisölle.

Triagehoitajan tulotekstin kirjaamisesta on hyötyä moniammatillisestikin. Päivystyksen henkilökunta itse hyötyy tulotekstin kirjaamisesta sekä potilaan jatkohoidosta huolehtivat ammattihenkilöt tai omaiset. Tällöin hoitoon tarvittava tieto siirtyy yksiköstä toiseen tai organisaatiosta toiseen. Triagehoitaja pystyy myös itse todentamaan, että on tehnyt hoidon tarpeen arvioinnin ja millainen tilanne on ollut tulovaiheessa. Kirjaamisessa olisi hyvä näkyä hoitajan arvio sekä potilaan näkökulma.

Jatkokehittämiskohteena olisi mielenkiintoista kehittää edelleen triagehoitajan toimintaa ja saada toiminnasta yhtenäistä. Hoidon tarpeen kiireellisyyden laatua olisi mielenkiintoista selvittää tekemällä rinnakkaisia hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointeja.

Lähteet

- Aaltonen, M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere. Tammerprint Oy.
- Alaspää, A. & Holmström, P. 2013. Ensiarvio ja yleistutkimus. 4. painos. Helsinki: SanomaPro
- Aluehallintovirasto 2013. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage-ohjeistukset. Etelä-Suomen alueen sairaanhoitopiirit. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 26. Juvenes Print, Suomen yliopistopaino.
- Andersson, A-K. Omberg, M. & Svelund, M. 2006. Triage in the emergency department - a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care 3 (11).
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2012. hoitotyön kehittäminen juurruttamalla tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea-julkaisut 2012. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Andersson, A-K., Omberg, M. & Svedlund, M. 2006. Triage in the emergency department - a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care 3 (11), 138-140.
- Benner, P., Tanner, C.A. & Chesla, C.A. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä: Hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. Helsinki. WSOY.
- Blomgren, S., Erhola, M., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N. & Reissel, E. 2012. Sosiaali- ja treydenhuollon päivystys Suomessa. Raportti 30/2012. Terveiden ja hyvinvoinnintalot. Tampere. Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Castrén, M., Helveranta K., Kinnunen A., Korte H., Laurila K., Paakkonen H., Pousi J. & Väisänen O., 2012, Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava.
- Cone, K.J. & Murray, R. 2002. Characteristics, insights, decision making and preparation of ED triage nurses. Journal of emergency nursing 28 (5), 401-406.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.
- Eskola, J. & Saranto, J. 1998. johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus.
- EuNetPas 2012. Viitattu 16.2.2015. Saatavilla <http://90plan.ovh.net/~extranetn/>
- Gerdtz, M.F. & Bucknall, T.K. 2001. Triage nurses clinical decision making. An observational study of urgency assessment. Journal of Advanced Nursing 35 (4).
- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, A. D., Rosenau, M. A. & Eitel, R. D. 2005. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. Viitattu 20.1.2015.
<http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf>
- Göransson, K.E., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. 2005. Triage in emergency department: national survey. Journal of Clinical Nursing 14, 1067-1074.
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2005. Voimaantumisen työyhteisön haasteena. Porvoo: WSOY.
- Heinänen, T., Jantunen, K., Kallio, L. & Simonen, J. 2008. Päivystyshanke: Päivystysten uudet tuulet. HYKS. Helsinki.

Helavuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki. Edita Prima Oy.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Viitattu 16.2.2015. Saatavilla
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hirjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. osin uudistettu painos. Helsinki. Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Hus-Sairaanhoitopiirin somaattisen päivystyksen kokonaissuunnitelma 2009-2012. www.hus.fi

HUS 2008. Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi - taskuopas päivystykseen. Päivystyshanke 2008. 2. painos. Edita. Helsinki.

Jantunen, K., Puumalainen, A., Suominen, T. ja Leino-Kilpi, H. 1994. Onko sairaalassa yksityisyyttä? Hoitotieteen julkaisuja A:5, Turun yliopisto, Turku.

Jokinen, P. 2009. Edunvalvonta; Yhteispäivystys. Nuori Lääkäri 8/2009. 46.vuosikerta.

Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö.

Kehittämiskohteena olevan sairaalan omat tiedostot 2015.

Kiuru, S. 2008. Triage päivystyshoitajan erityisosaamista. Tehy-lehti 16, 21-24.

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna. VTT, Teknologian tutkimuksen ryhmä. Työpapereita nro 58/01. Espoo: DMP-Digital Media Partners.

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Kuokkanen, R. 2000. Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu. Oulun yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 16.2.2015. Saatavilla
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta 1227/2010. Viitattu 16.2.2015. Saatavilla
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227>

Laki Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoidon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 289/2009. Viitattu 30.10.2015. Saatavilla
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search\[type\]=pika&search\[pika\]=potilasiasiak%20laati](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search[type]=pika&search[pika]=potilasiasiak%20laati)

Laki sosiaali- ja terveyden huollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 Viitattu 30.10.201. Saatavilla
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559. Viitattu 16.2.2015. Saatavilla
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lammintakainen, J. & Kinnunen, J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveystalveissa. Teoksessa: Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. (toim.) 2006. Ihmisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Helsinki. Sairaanhoidaja-liitto.

Lankinen I, Eriksson E, Hupli M & Leino-Kilpi H. 2006. Päivystyspotilaan hoitotyössä tarvittava osaaminen- systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Viisas Vaikuttaja. Konferenssiabstraktit, IX Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi 22.9.-23.9.2006. Turun yliopisto.

Lankinen-Lipsanen, A. 2004. Sairaanhoidajaopiskelijoiden eettinen päätöksenteko. Kuvauksia essee- ja haastatteluaineistojen perusteella. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopion Yliopisto.

Laskowski-Jones, L. 1995. First Line Emergency Care - What Every Nurse Should Know. Nursing. 25.1.1995, 34-43.

Lauri, S. 2007. Päätöksenteko hoitotyön arjessa. Premissi. 2007/05.

Lauri, S. Eriksson. E. ja Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Juva. 1. painos. WSOY

Lauri, S & Salanterä, S. 2002. Hoitotyön päätöksenteonteoria. Hoitotiede 14 (4).

Lehtonen, L. 2003. Terveystalvehuollon ammattihenkilön salassapitovelvollisuus. Helsinki. Suomalaiset oikeusjulkaisut SOJ oy.

Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen ABC. Ajatuksia muutoksen johtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksessa. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Tampereen Yliopisto.

Malström, R., Kiuru, E., Malström, T., Torkki, P & Mäkelä, M. 2012. Päivystyspotilaiden kii-reellisyysluokitukset Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen lääkirilehti, nro 5.

Marin, H. & Lorenzi, N. 2010. International initiatives in Nursing informatics. -Teoksessa Nursing and informatics for the 21st Century- An international look at practice, education and EHT trends. Toim. Weaver, C. , Delaney, C. , Weber, P. & Carr, R. Himms. Amia. Yhdysvallat. Chicago.

Muntlin Å, Gunningberg L & Carlsson M. 2006. Patients perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. Journal of Clinical Nursing.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Tammi.

Nummelin, M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoidajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu. Viitattu 1.2.2015. Saatavilla: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/52481/hoitotiedegradu2009nummelin.pdf?sequence=4>.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki. WSOY.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 4. Viitattu 1.2.2015. Saatavilla: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Ora-Hyytiäinen, E. 2012. Kehittämisen tavoitteena käytännön muutos. Teoksessa: Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. (toim.) Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla: tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Ora-Hyytiäinen, E. , Ikonen, H. , Ahonen, O. , Rajalahti, E. & Saranto, K. Learning by developing. Teoksessa Nursing and informatics for the 21st Century- An international look at practice, education and EHT trends. Toim. Weaver, C. , Delaney, C. , Weber, P. & Carr, R. Himms. Amia. Yhdysvallat. Chicago.

Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON - VERONA CONFERENCE, QUALITY IN SERVICES, Aristotle University, Thessaloniki -Greece, 3-4 September 2007.

Pitkälä, K. 2006. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystisyhteistyö. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Helsinki: WSOY pro Oy.

Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.2.2015. Saatavilla http://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma:final_180811.pdf

Päivystyshanke 2006. Päivystys hoitaa kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat. Päivystyshanketiedote nro 4.

Päivystyshanke 2008a. Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi-taskuopas päivystykseen. [www.hus.fi>Päivystyshanke>Loppuraportti>Liitetiedostot](http://www.hus.fi/Paivystyshanke>Loppuraportti>Liitetiedostot).

Päivystyshanke 2008b. Päivystyksen uudet tuulet. Loppuraportti. Viitattu 20.1.2015. www.hus.fi/paivystyshanke/loppuraportti

Päivystyshankkeen projektiryhmä 2008. Päivystyshanke. Loppuraportti. Yhteispäivystyksen yhteinen malli pääkaupunkiseudulla.

Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistumiseen ja tiedontuotantoon. Tampere University Press. TUP.

Seppänen-Järvelä, R. 2009. Työpaikka-yksilö, yhteisö ja organisaatio kehittämisen ytimessä. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessi arviointi kehittämisprojektissa. Opas käytäntöihin. 2004. Stakes 4/2004. Helsinki.

Sillanpää K & Koponen L. 2005. Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän näkö-kulmasta. Teoksessa Koponen L & Sillanpää K. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. 2005. Gummerus Kirjapaino Osakeyhtiö. Jyväskylä.

Simoila, R. 2004. Hoitotyön johtaminen terveydenhuollon murroksessa. Teoksessa: Peipponen, A., Koivisto, T., Muurinen, S. & Rajalahti, E. (toim.) 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Helsinki. Kustannusyhtiö Tammi.

Sjöberg, L. 2003. Intuitive vs. analytical decision making: which is preferred? Scandinavian Journal of Management (19).

Sopanen, P. 2008. Potilaan hoito päivystyspoliklinikalla. Teoksessa Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. 60-63. Toim. Saastamoinen, T. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. ETENE -julkaisuja 32. Helsinki. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2011. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Viitattu 2.2.2014. Saatavilla

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakoh-taisista edellytyksistä 782/2014. Viitattu 16.2.2015. Saatavilla

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298. Viitattu 16.2.2015. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Helsinki. Viitattu 20.1.2015.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011. Viitattu 14.4.2015. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Edita Publishing Oy.

STM 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Sydänmaanlakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Helsinki: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki. Kustannusyhtiö Tammi.

Takaluoma, M. & Ahonen, O. 2009. eNNI-hanke: Koulutuksen ja käytännön yhteistyössä tapah-
tu-vaoppiminen ja jatkuva kehittäminen (LbD) juurruttamalla. Työpaja materiaali. Laurea
ammattikorkeakoulu Lohja. Tulostettu 20.11.2014.

Tanninen, S. 2009. Kiireellisyysluokitus klinisen päätöksenteon tukena päivystyspoliklinikalla.
Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. -
Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Toim. Hopia, H & Koponen L. 113-122. Hoitotyön vuosikir-
ja2007 . Sairaanhoidajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Terveidenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 2.2.2015. Saatavilla

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL 2012. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011. Viitattu 15.2.2015. Saatavilla

http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/ohjelman-esittely

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Terveidenhuoltolaki ja sen toimeenpano. Tietopaketti.
Viitattu 30.10.2015. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki

Winblad, I. , Reponen, J. & Hämäläinen, P. 2012. Tieto ja viestintäteknologian käyttö tervey-
denhuollossa vuonna 2011- Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 3/2012. Terveiden ja hy-
vinvoinninlaitos. Oulun yliopisto. FinnTelemedicum. Juvenes prin Oy- Tampereen yliopisto-
paino; Tampere. Viitattu 23.10.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/825d0af8f97c-4192-bf5b-ba5e1bf773aa>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki. Tammi.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki. Tammi.

Vanhala, S., Laukkanen, M. & Koskinen, A. 2002. Liiketoiminta ja johtaminen. Keuruu. Otava.

Vaula, E. & Kantonen, J. 2008. Ensiavusta päivystyspoliklinikaksi. Päivystys selvitys 2007 tulokisa. Suomen lääkirilehti 2008; 63(20), 1856-1858.

Vilka, H. 2006. Tutki ja kehitä. Tammi. Helsinki.

Voipio-Pulki, L-M. 2005. Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksen järjestämisen lähtökohtana. Teoksessa Potilaan hoito päivystyksessä. 18-20. Toim. Koponen, L. & Sillanpää, K. Jyväskylä. Tammi.

WHO 2012. Viitattu 16.2.2015. Saatavilla <http://www.who.int>

Woogara, J.R. 2005. "Patients' Privacy of the Person and Human Rights", Nursing Ethics.

Ylikoski, K & Ylikoski, M. 2009. Työyhteisö muutosmurroksessa: Ihmisyys muutoksen kohtaamisessa ja johtamisessa. 5. uudistettu painos. Työturvallisuuskeskus.

Yli-Luoma, Pertti V.J. 2001. Ohjeita opinnäytetyön tekemiseen. Sipoo. IMDL oY Ltd.

Ylipartanen, A. 1997. "Potilaan asema ja oikeudet - yksityisyydensuojan laillinen kehys terveydenhuollossa", Tietosuoja, 1.

Liitteet

Liite 1 Triagehoitajan toimintaympäristö ja päätöksenteko -kyselylomake.....	60
Liite 2 Potilasturvallisuuden toteutuminen päivystyspoliklinikalla -kyselylomake	61
Liite 3 Kehittämistyön arviointilomake	63

Liite 1 Triagehoitajan toimintaympäristö ja päätöksenteko -kyselylomake

Hei kaikki päivystyspoliklinikan työntekijät!

Opiskelen Lohjalla Laureassa YAMK:ssa (tulevaisuuden tietojohdaminen). Päätötyönä teen kehittämissuunnitelman tänne päivystyspoliklinikalle. Kehittämistyön tuotoksen olisi tarkoitus selkiyttää triage -hoitajan päätöksentekoa. Toivon, että kaikki vastaisivat, että saataisiin mahdollisimman kattava otos triage -hoitajan päätöksenteon nykytilasta.

Yst.terv.
Sanna Törnroos

Kysymykset sairaalan päivystyspoliklinikan kehittämistyön triage -hoitajan toiminnan selkiyttämiseen

Toimintaympäristö:

-Tilojen soveltuvuus triage -hoitajan toimintaan?

-Mikä toimintaympäristössä on toimivaa?

-Mitä kehitettävää toimintaympäristössä on?

Triage -hoitajan päätöksenteko:

-Kuka päättää?

-Minkälaisissa asioissa triage -hoitaja tekee päätöksiä?

-Mistä etsit tietoa, kun teet päätöksiä triage -hoitajana?

-Päätöksentekoa helpottavat asiat?

-Mitä kehitettävää?

-Mitä merkitystä työkokemuksella on triage -hoitajana toimiessa?

Moniammatillinen yhteistyö:

-Kenen kanssa triage -hoitaja tekee yhteistyötä?

-Kenen kanssa triage -hoitaja tekee päätöksiä?

-Millaista tukea kaipaat päätöksentekoon?

-Muuta????

Liite 2 Potilasturvallisuuden toteutuminen päivystyspoliklinikalla -kyselylomake

11.3.2015

Hyvä Triagehoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan kehittämissuunnitelmaani, jonka tarkoituksena on selvittää, triagehoitajan päätöksenteon vaikutuksia potilasturvallisuuteen päivystyspoliklinikalla. Osallistumiseen tähän kehittämissuunnitelmaan on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Kehittämistyötä varten on tietoa jo kerätty kyselylomake koskien triagehoitajien työskentelyä. Ryhmähaastattelulla on tarkoitus kartoittaa potilasturvallisuuden nykytilaa päivystyspoliklinikalla.

Kehittämissuunnitelman valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan kehittämissuunnitelman tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus kehittämissuunnitelmaan osallistumisesta. Kehittämissuunnitelman käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, kehittämissuunnitelman raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Kehittämissuunnitelma on luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja kehittämissuunnitelmastani, vastaan mielelläni.

Ryhmähaastattelu on tarkoitus pitää ke 18.3.2015 klo 15.00 koulutustilaisuuden jälkeen. Haastatteluun on varattu aikaa 30-45 minuuttia.

Opinnäytetyöntekijä

Sanna Törnroos
Sairaanhoitaja, YAMK opiskelija
sanna.tornroos@laurea.student.fi

SUOSTUMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa kehittämissuunnitelmasta, jonka tarkoituksena on selvittää triagehoitajan päätöksenteon vaikutusta potilasturvallisuuteen päivystyspoliklinikalla. Kehittämissuunnitelmasta voi esittää kysymyksiä tekijälle sekä sähköpostitse että puhelimitse.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
kehittämissuunnitelmaan:

Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus /
Nimen selvennys

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus /
Nimen selvennys

Kysymykset

Mitä on mielestäsi potilasturvallisuus?

Miten toimit työssäsi triagehoitajana, että potilasturvallisuus toteutuu?

Miten vaaratilanteita ennaltaehkäistään?

Millaisia vaaratilanteita on tapahtunut? Mainitse 2-3 tilannetta.

Minkälaista koulutusta olette saaneet potilasturvallisuusasioihin?

Miten potilasturvallisuutta voisi kehittää päivystyspoliklinikalla?

Liite 3 Kehittämistyön arviointilomake

PÄIVYSTYSPOLIKLINIKAN KEHITTÄMINEN ARVIOINTILOMAKE 1(1)
Laurea-ammattikorkeakoulu
Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi
Sanna Törnroos

- 1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?
- 2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottaman uuden toimintamallin työstämiseen?
- 3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?
- 4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet kehittää triage -hoitajan toimintaa?
- 5 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut triage -hoitajan kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?
- 6 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?